This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

413

Brigham 4

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

Brigham 4

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : Dr A. CARTAZ.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, J. BEX, BOUCHEREAU, BARTH, BLANCHARD, BRINON (DE), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAULET, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, GALLIARD, GINGEOT, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOMOLLE, E. JAVAL, JULLIEN, KUHFF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, MAGNAN, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, OZENNE, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, RÉMY, J. RENAUT, RICHELOT, RICKLIN, SCHWARTZ, F. TERRIER, THOMAS, THOREN, C. ZUBER.

DIXIÈME ANNÉE

TOME XIX

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1882

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XIX

ANATOMIE.

Nerfs, *Renaut*, 1; *Retzius*, 5; *Duval*, 6; *Kandarazki*, 7. — Poumons, *Kœlliker*, 7. — Larynx, *Ganghofner;* plèvre, *Pansch*, 8. — Corps thyrode, *Wolfler*, *His*, *Kœlliker*, *Horcicka*, 9. — Cœ ur, *Langer:* artérioles, *Renaut*, 10. — Glandes sudoripares, *Ficatier;* lymphatiques de la vessie, *Hoggan*, 11. — Nerfs utérins, *Patenko;* col utérin, *Veit*, 12. — Placenta, *Planteau*, 13. — Ovaire, *Mac-Leod*, *van Beneden*, 14. — Bec des oiseaux, *Zabludowski*. — Organes du tact, *Ranvier*, 16. — Matière vivante, *Rindfleisch*, 17. — Embryologie, *His*, 18; *Ecker*, 19; *van Beneden*, 20.

PHYSIOLOGIE.

Cœur et nerf vague, *Ludwig*, *Luchsinger*, *Rossbach*, *Klug*, 22; *Knoll*, 23; *Wassillef*, 24; *Sommerbrodt*, 25. — Centres respiratoires, *Laugendorff*, *Nitschmann*, *Graham*, *Markwald*, *Kronecker*, *Wedenskii*, 26; *Rosenthal*, 30; *Mertschinsky*, 31. — Excitation des nerfs, *Rosenthal;* hématoblastes, *Cadet*, 32. — Pouls carotidien, *Gley*, 33. — Circulation du sang, *Dogiel*, 34. — Racines motrices des muscles, *Bert*, *Marcacci*, 35. — Excitation musculaire, *Cash*, 36. — Mouvements du diaphragme, *Langendorff;* canaux semi-circulaires, *Spamer*, 37. — Protoplasma, *Lœw*, *Bokorny*, 38. — Salivation, *Aschenbrandt;* action du foie sur les peptones, *Seegen*, 39. — Production d'acide urique, *Schrœder*, 40. — Formation de la bile, *Spiro;* fonctions de l'intestin, *Salvioli*, 41. — Sécrétion urinaire, *Sachs;* épithélium vésical, *London*, 43. — Thermographe, *Marey*, 44.

CHIMIE MÉDICALE.

Oxygène actif, *Baumann*, 45. — Albuminates cupriques, *Harnach*, 46. — Sécrétion d'acide nitrique, *Rohmann*, 47. — Élimination du soufre, *Flavard*, 48. — Indican, *Heinoman*, 49, 50. — Scatol, *Nencki*, *Bruger*, 51. — Hématoidine, *Fritz;* fermentations de l'urine, *Rohmann*, 52. — Cérébrine, *Geoghegan;* myosine, *Danileswky*, 53. — Dépôts sanguins, *Kunkel*, 56. — Chimie de l'œil, *Cahn*, 57. — Cristaux spermatiques, *Fürbringer*, 58. — Sueur bleue, *Audouard;* nutritions, *Lunin*, 59. — Acide salicylique, *Borntrager*, 60.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Leçons, *Cohnheim*, 60. — Coagulation du sang, *Hayem*, 61. — Œdème, *Carrieu*, *François*, 63. — Phlegmatia, *Damaschino Troisier*, 65. — Amygdales, *Cornil*, *Gaillard*; lymphadénome, *Jamin*, 68. — Macroglossie, *Variot*; abcès diaphragmatique, *Jaffé*, 69. — Cancer, *Schiele*; Cirrhoses, *Arnozan*, *Drozda*, *Leduc*, 70. — Suppuration des capsules surrénales, *Chvostek*, 71. — Lymphome vésical, *Chiari*, 72. — Régénération de la moelle, *Masius*, 73.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Leçons, *Vulpian*; antiseptiques, *Jalan*, 74; *Binz*, 78. — Alcaloïdes, *Högyes*; narcotiques, *Preisendorfer*, 79. — Isodipyridine, *Vulpian*; fumée de tabac, *Le Bon*; alcaloides de l'opium, *Fubini*, 81. — M'boundou, *Heckel*, 82. — Érythrine, *Bochefontaine*; jaborandi, *Duclos*, *Pausinsky*, 83; *Ringer*, 84. — Érythine, *Ott*, 84. — Walvidine, *Tanret*, *Restiepo*; conicine, *Schulz*, 85. — Conchinine, *Frendenberger*, 86. — Digitale, *Fraenkel*; tulipine, *Ringer*, 88. — Chlorhydrate d'éthylène, *Schulz*; antimomoniaux, *Soloweitschyk*; azotate de soude, *Binz*, 89. — Sels de soude, *Mayer*; bicarbonate de potasse, *Damourette*, 90. — Chlorure de fer, *Cervello*, 91. — Muscarine, *Langendorff*, 92. — Empoisonnement par la strychnine, *Prideaux*; par le phosphore, *Erman*, *Vermeil*, *Strumpf*, 92, par l'acide oxalique, *Fraenkel*, 95.

HYGIÈNE.

Conseils d'hygiène, *Bergeron*, *Vallin*, *Drouineau*, 96. — Mortalité, *Kayser*, 98. — Désinfection, *Herscher*; hygiène des appartements, *Bourgeois*, 100; Isolement des maladies contagieuses, *De Ranse*, 101; *Dumesnil*, *Martin*, 102; *M'Cormac*, 103. — Bains, *Arnould*, *Robertson*, 104. — Air comprimé, *Granjon-Rozet*, 106. — Cimetières, *Lossier*, *Robinet*, *Wells*, *Vallin*, *Martin*, 107. — Vidanges à Lyon, 108. — Pompes à bière, *Hervett*, *Stobbaerts*, *Rose*, *Musculus*, *Eulenberg*, 112. — Pommelière, *Virchow*, *Baumgarten*, *Hughes*, *Brusasco*, *Bizzozero*, 115. — Ruches d'abeilles, *Delpech*, 119.

PATHOLOGIE INTERNE.

Diphtérie : *Ogle*, *Marx*, *Arène*, *Gulat*, *Dahlerup*, *Leloir*, *Weigert*, *Thomas*, *Talamon*, *Brault*, *Gaucher*, *Thursfierd*, *Guttmann*, *Demme*, *Lax*, *Williams*, *Lereboullet*, *Cassin*, *Schmid*, *Neumeister*, *Alfoldi*, *Archambault*, *Weise*, *Dehio*, *Chiosi*, *Lemoyne*, *Masini*, *Zuber*, *Guaita*, *Picot*, *Garnett*, *Œrtel*, *Cousot*, *Lemoine*, *Bleynie*, *Fontaine*, *Peyraud*, *Cadet*, 120. — Fièvre intermittente : *Murchison*, *Duboué*, *Kelsch*, *Laveran*, *Sorel*, *Rendu*, *Picquet*, *Lardier*, *Bodnar*, *Mourson*, *Poor*, *Delmege*, *Russell*, *Landrieux*, *Mandach*, *Griswald*, *Mosler*, 137. — Fièvre récurrente : *Becker*, *Caspar*, *Wagner*, *Schmidt*, *Leo*, *Bjendnjakowa*, *Knipping*, *Rypdowsky*, *Spitz*, *Friedreich*, *Lachmann*, *Holsti*, 145; *Petrowsky*, 153.

GYNÉCOLOGIE.

Muscle releveur de l'anus, *Budin*, 154. — Examen du rectum, *Tarnier*, 155. — Hypertrophie du col, *Martin*, *Farner*, 156. — Érosion épithéliale, *Ruge*, *Fischel*, 157. — Disménorrhée, *Pajot*; menstruation supplémentaire, *Green*, 158. — Inversion utérine, *Macdonald*, 159; *Atthill*, 160. — Varices et grossesse, *Budin*, *Cazin*, *Queirel*, 160. — Emphysème du vagin, *Cohnstein*, 163. — Dilatation du vagin, *Cohnstein*, 164. — Kystes du vagin, *Lebedeff*, 165. — Cancer du vagin, *Bruckner*; périnéorraphie, *Bantock*, 166.

OBSTÉTRIQUE.

Grossesse extra-utérine : *Schöulein*, *Fraenkel*, *Leopold*, *Warnant*, *Hassler*, *Landau*, *Spiegelberg*, *Patenko*, *Rüchenmeister*, *Litzmann*, *Hofmeier*, *Young*, *Martin*, 167 ; *Weeler*, 177. — Grossesse et tuberculose, *Goulard*, 177. Respiration pendant la grossesse, *Bar*, 178. — Pouls des accouchées, *Olshausen*; palper abdominal, *Budin*, 179. — Déviations du rachis, *Hirigoyen*; hydrocéphalie fœtale, *Poulet*, 180. — Dystocie fœtale, *Lowitz*; tête du fœtus, *Labat*, 181, — Présentation pelvienne, *Budin*; arrachement de l'utérus, *Stricker*, *Nieprasch*, *Listner*, 183. — Rétroflexion, *Thévenot*; polypes placentaires, *Maslowsky*, 186.

DERMATOLOGIE.

Leçons, *Kaposi*, *Besnier*, *Doyon*, 187. — Lèpre, *Rosenthal*, 188; *Cornil*, *Suchard*, *Mackern*, 189. — Pellagre, *Déjerine*, 190. — Kératome, *Ryber*; psoriasis, *Thin*, 191 ; *Lewin*, 192. — Acide chrysophanique et pyrogallique, *Campana*, *Pick*, *Charteris*, *Cottle*, *Charrasse*, *Doutrelepont*, 192. — Eczéma, *Gaucher*, 197; phtiriase, *Stelwagon*; onychose, *Unna*, 198. — Acné, *Denslow*; teigne, *Anderson*, 199. — Elephantiasis, *Veh*, 200. — Lupus, *Schiff*; ainhum, *Lima*, 201.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Prophylaxie, *Cadell*, 202. — Syp. des vieillards, *Terrier*, *Luc*, *Quinquaud*, 203. — Syp. cérébrale, *Gee*, 204; *Rosenthal*, 205. — Syp. conjonctivale, *Sichel*, *Galvani*, 205. — Syp. linguale, *Parrot*; syp. cranienne, *Fournier*, 206. — Fracture chez un syp., *Pellizari*; dactylite syp., *Mracek*, 207. — Syp. des ongles, *Bergh*; syp. de la rate, *Gold*, 208. — Injections mercurielles, *Terrillon*, *Martineau*, 209; *Robin*, *Schelsinger*, 210. — Eaux d'Aulus, 211. — Blennorragie, *Gayraud*, *Cambillard*, 212.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Traité, *Luys*, 213. — Impulsions des aliénés, *Magnan*, 214. — Paralysie alcoolique, *Lancereaux*; paralysie générale, *Mendel*, *Gnauck*, *Sander*, *Ideler*, *Wille*, 216. — Aphasie, *Skwortzoff*, 218. — Asyllebie, *Bertholle*, 221. — Délire ambitieux, *Baillarger*, 222. — Folie à deux, *Marandon*; narcolepsie, *Gélineau*; épilepsie, *Bourneville*, 223. — Somnambulisme, *Chambard*, 224. — Lésions intestinales des aliénés, *Shaw*; folie traumatique, *Mollière*, 225. Examen du sang chez les aliénés, *Raggi*, *Conti*; hyoscyamine dans l'aliénation, *Seppilli*, *Priva*, 226; *Mendel*, *Reinhard*, *Gnauck*, 227. — Haschich dans le délire, *Villard*, 229.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Ostéite et ostéomyélite, *Lannelongue*, *Panas*, *Tillaux*, *Pamard*, *Faucon*, *Demons*, *Baker*, *Riedinger*, *Ritter*, *Pion*, *Alessandrini*, *Salomon*, *Estlander*, *Neureutter*, *Schüller*, *Lücke*, *Rendu*, *Mercier*, *Robin*, *Comby*, *Lagrange*, *Chassaignac*, *Berger*, *Trélat*, *Heurtaux*, *Goureau*, 229. — Nécrose, *Nicoladoni*; fractures, *Wright*, 252; *Kœnig*, *Wagner*, *Rose*, 253; *M'Cormac*, *Schneider*, 254; *Jakisnowitsch*, *Bœckel*, 255; *Raymondaud*, 256. — Résections, *Macewen*, *Mikulicz*, 257.— Trépanation, *Weiss*; arthrites, *Wagstaffe*, 258. — Boiterie, *Treves*, 259. — Maladies de la langue, *Hardie*, 259; *Wœlfler*, 260; *Buchanan*, *Dieu*, 262. — Angiomes, *Richelot*, 263; *Hofmokl*, *Richardson*, 264. — Plaies des vaisseaux, *Schmoll*, *Bœckel*, 265; *Bornhaupt*, *Liden*, *Mari*, 266; *Murci*, *Gould*, 267. — Kyste abdominal, *Ord*, *Sewell*; fistules, *Kœnig*; gastrostomie, *Kraske*, 268; fistules stercorales, *Blin*, 269. — Hématocèle, *Lucas*, *Knip*, 270; *Terrillon*, *Monod*, *Desprès*, 271. — Amputation de la verge, *Greenwood*, 271. — Entorse, *Campenon*, 272.

OPHTALMOLOGIE.

Sensations de lumière, *Boll*, 274; *Charpentier*; maladies diathésiques de l'œil, *Wecker*, 276; *Gauté*; Daltonisme, *Bannister*, 277. — Strabisme, *Seggel*, *Dobrowolsky*, 278. — Daltonisme, *Macé*, *Nicati*, 279. — Cécité par la neige, *Gemuseus*; troubles oculaires, par traumatisme, *Chauvel*, *Walker*, 280. — Canthoplastie, *Meyer*, *Monod*, 281. — Tumeurs de l'orbite, *Bull*; maladies des paupières, *Raggi*, *Hotz*, 282. — Voies lacrymales, *Haffner*; maladies de la cornée, *Brionne*, *Michel*, 283; *Wittington*, *Duvau*, *Roulsen*, *Credé*, *Haussmann*, 285. — Cataracte, *Bache*, 284. — Tumeurs de l'iris, *Masse*, 287; *Seggel*, 288. — Glaucome, *Brailey*, *Abadie*, *Martin*, *Nicati*, 289; *Kubli*, 290; *Marseille*, 292; *Lawson*, 293, *Chuffart*, *Berry*, 294. — Rétinites, *Veron*, *Stanford*, *Uhthoff*, 295.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Épistaxis, *Hamilton*, *Comer*, *Henning*, *Thurston*, *Calmettes*, 296. — Ostéome frontal, *Bornhaupt*; polypes du nez, *Linon*, *Le Dentu*, 297. — Trachéotomie, *Glück*, *Zeller*, *Bœckel*, 298. — Corps étrangers des voies aériennes, *Moritz*, *Voltolini*, *Hering*, *Tempesti*, *Windelschmidt*, *Chiari*, 299; *Jones*, *Bell*, *Arango*, *Meynet*, 302. — Kystes du larynx, *Moure*; phtisie laryngée, *Schech*, 303. — Paralysie du larynx, *Anderson*, tumeurs du larynx, *Ehrendorfer*, 304. — Surdité pharyngienne, *Woakes*, 305. — Surdité et surdi-mutité, *Roosa*, *Ely*, *Hartmann*, *Guyot*, *Bircher*, *Keller*, 306; *Baratoux*, 307; *Luys*, *Treibel*, *Knapp*, *Turnbull*, *Paladino*, 309. — Otites des employés de chemins de fer, *Moos*, *Burkner*, *Terrillon*, *Jacoby*, 310. — Otite diabétique, *Raynaud*; otite brightique, *Gurovitsch*, *Doumergue*, 312. — Douleurs dans les mal. d'oreille, *Field*, 313 — Otite scarlatineuse, *Burkhardt-Merian*, *Gottstein*, 314. — Sécrétion de la caisse, *Berthold*; perforation du tympan, *Burnett*; lésion du labyrinthe, *Moos*, 316; *Gerlach*, 317. — Myringodectomie, *Paquet*; exostoses de l'oreille, *Field*, 318. — Enchondrome et fibro-sarcome de l'oreille, *Pollak*, *Burkhardt-Merian*, 319. — Perforation du tympan par des lombrics, *Reynolds*, 320.

REVUE GÉNÉRALE.

Réflexes tendineux, *Rendu*, 321.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 330.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XIX

ANATOMIE.

Topographie crânio-cérébrale, *Féré*, 401 ; *Beaumanoir*, 402. — Torsion de l'humérus, *Broca*, 403. — Platycnémie, *Kuhff;* condyle occipital, *Allen ;* microtomie du cerveau, *Burkhardt*, 404. — Capsule interne, *Bitot*, 405. — Bulbe, *Debove*, *Gombault;* moelle épinière, *Luderitz*, *Retzius*, 406. — Système nerveux et fibres nerveuses, *Lœwe*, *Golgi*, *Rezzonico*, 407; *Fœttinger*, 408. — Organe de la torpille, *Ewald*, 408. — Stries des muscles, *Wagener*, 409 — Muscles hyoïdiens, *Anderson;* glandes lymphatiques, *Chievitz;* système lymphatique, *Budge*, 410. — Lymphatiques du pancréas et de l'utérus, *Hoggan*, 411. — Trachée, *Mackenzie;* bronches, *Aeby*, 412. — Organe dentaire, *Legros*, *Magitot ;* glande biliaire, *Sabourin*, 414. — Ovaire, *de Sinéty*, 415.

PHYSIOLOGIE.

Localisations cérébrales, *Lannegrâce*, 416; *Burckardt*, 417; *Couty*, 418; *Nothnagel*, 419. — Excitabilité des nerfs, *Brown-Séquard*, *Onimus*, 419. — Actions vaso-motrices, *Teissier*, *Kaufmann*, 420. — Centre visuel, *Blaschko*, 421; *Samelsohn*, 422. — Cœur caudal, *Robin*, 422. — Fistule péricardique, *Heger*, *Spehl ;* pulsation récurrente radiale, *Waller*, 423. — Tétanos strychnique, *Lovin;* richesse en glycogène des muscles, *Schiffer*, 424. — Contraction musculaire, *Rouget;* excrétion d'azote, *Kellner*, 425. — Mouvement des côtes, *Chabry;* graphiques du mouvement, *Marey*, 426. — Température animale, *Romer*, 427; *Högyes*, *d'Arsonval*, 428. — Régime calcaire, *Baginsky ;* nutrition, *Lunin*, 429. — Action de la trypsine, *Mays;* excrétion de la chaux, *Scheteling*, 430.

CHIMIE MÉDICALE.

Acétonurie, urines diabétiques, *Markonikoff*, *Wislicenus*, *Hilger*, *Fleischer*, *Deichmuller*, *Tollens*, *Jaksch*, 431. — Urée, *Jaksch*, *Rommelaere*, 433. — Action du calomel sur les ferments, *Wassilieff*, 434. — Phénol, *Giacosa*, 435; *Tommasi*, 436. — Hydrogène sulfuré dans l'urine, *Cameron ;* mucine de la bile, *Landwehr*, 438. — Chitine, *Sundwik*, 439. — Fer dans le foie et la rate, *Stahel;* glycosurie, *Duhomme*, 440. — Albuminoïdes du sang, *Frédéricq;* hémoglobine, *Adams ;* éléments chimiques du cerveau, *Parous*, 441.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Monstruosités et malformations, *Ahlfeld*, *Chalmers*, *M'Laurin*, *Godson*, *Murphy*, *Playfair*, *Hilliard*, *Eve*, *Felsenreich*, *Holl*, *Wille*, *Bimar*, *Sänger*, *Duncan*, *Culver*, *Müller*, *Anderson*, *Shaw*, *Lannelongue*, *Hamilton*, *Busch*, 448; *Pick*, *Tourneux*, *Martin*, *Sänger*, *Willet*, *Walsham*, *Beumer*, *Charon*, *Albert*, *Krabbe*, *Gegenbauer*, 459; *Borrelli*, *Runge*, *Doran*, *Frendenberg*, *Haffner*, *Magitot*, *Holl*, *Ord*, *Bertrand*, *Kreiss*, *Witzel*, *Herning*, 456; *Polaillon*, 460. — Atrophies viscérales, *Poulin;* tumeurs ganglionnaires, *Gussenbauer*, 461. — Lymphadénomes, *Choiseau;* tumeurs, *Bonnet*, 462.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Globules du sang, *Johnstone*, 463; *Lyon*, 464. — Pression sanguine, *Basch*, *Zadek*, *Christeller*, 466. — Infection hémorragique, *Ceci*, 467. — Tuberculose, *Martin*, 468; *Bertheau*, 469; *Rindfleisch*, 470; *Champeil*, 472. — Résorption dans la fièvre, *Sassesky*, 472. — Électrothérapie du cerveau, *Lœwenfeld;* ligature du canal de Wirsung, *Arnozan*, *Vaillard*, 473. — Fonction biliaire, *Lépine*, *Guérin;* brûlures, *Tappeiner*, 475. — Résorption dans l'estomac, *Tappeiner*, 475. — Respiration du nouveau-né, *Runge*, 476. — Greffe éponge, *Hamilton;* séjour dans les usines à gaz, *Poincaré*, 477.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Digitaline, *Klug;* émétine et atropine, *Grasset*, *Amblard*, 478. — Physostigmine, *Schoeman;* duboisine, *Gibson*, 481. — Myosine, *Edlefsen*, *Illing*, *Gnauck*, 482. — Berbérine, *Curci*, 483. — Action de l'alcool, *Lewis;* acide cyanhydrique, *Wagner*, 484. — Fluorures, *Da Costa*, 485. — Accoutumance aux poisons, *Rossbach;* toxicité des métaux, *Richet*, 486. — Empoisonnement par l'arsenic, *Seeligmüller*, 487; *Filehne*, 489; *Popoff*, *Ludwig*, *Macadam*, 490. — Par le plomb, *Rochard*, *Vidal*, *Eulenberg*, *Malherbe*, *Calmels*, *Layet*, *Carville*, *Gautier*, 492; *Gaucher*, 495. — Par les acides, *Lesser*, 495. — Par le naphtol, *Neisser*, 498.

THÉRAPEUTIQUE.

Eaux minérales, *Durand-Fardel*, 499; *Bénard*, *Andral*, 500; *Caulet*, 501; *Sénac-Lagrange*, 502; *Exchaquet*, *Kastus*, 504; *Coignard*, 505; *Champouillon*, 506. — Inhalation d'oxygène, *Hayem*, 506. — Bains de vapeur, *Frey*, *Heiligenthal*, 507. — Électrothérapie, *Bocci*, 508; *Günther*, 509. — Action des antiseptiques, *Albertoni*, 511. — Traitement par les vibrations mécaniques, *Boudet*, 512. — Caféine, *Brackenridge;* nitroglycérine, *Anderson;* salicylates dans l'érysipèle, *Hallopeau*, 513. — Bromhydrate de quinine, *Auliffe;* injections ferrugineuses, *Neuss*, 514. — Hyoscyamine, *Seguin;* traitement du tænia, *Bérenger-Féraud*, 515. — Arsenic dans la carie dentaire, *Combe*, 516.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Géographie médicale : *Lombard, Borius, Rizzetti, Dutrieux, Nicolas, Lacaze, Signol, Féris, Maget, Delteil, Tautain, Guyot, van Leent, Cauvin*, 517; *Ardouin, Virchow, Stephanos, Silva Lima, Perroncito, Prima, Rochefort, Pellereau, Davidson, Karssen, Decoreis, Simmons*, 527.

Diabète : *Lancereaux, Lapierre, Leroux, Luchsinger, Seifert, Ulmann, Worms, Leyden, Los Santos, Kien, Jacksch, Buhl, Quincke, Hertz, Starr, Grellety, Seifert, Lauder Brunton, Bertoloni, Cyr, Ruehle, Notta, Weichselbaum, Ebstein, Bloch, Zimmer, Kulz, Adamkiewicz, Hoffer, Eckard, Peters, Kamen, Holtz, Pera, Pain, Russell*, 534.

Maladies du cœur : *Chiari, Duroziez, Vaillard, Keraval, Féréol, Kummel, Rosenstein, Guttmann*, 551; *Bucquoy, Holl, Lorenz, Mackenzie, Féréol, Schiffers, Duret*, 556; *Barie, Lindman, Duffey, Lambert*, 560; *Lardier, Beaudouin, Talamon, Osler, Weiss, Nixon, Demange, Schott, Vergely*, 563; *Renton, M'Keating, Laurent, Fraenkel, Cremonesi, Senator, Smith, Nixon, Fenwick, Fothergill, Du Castel, Spatz, Arnauld*, 569; *Bensen, Balfour, Roussy, Barié, Du Castel*, 577.

GYNÉCOLOGIE.

Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, *Patenko, Burnier, Flaischlen, Tournay, Meredith, Nœggerath, Drysdale, Tait, Atlee, Moricke, Rœhrig, Grammatikati, Leopold, Diéterlin, Clarke, Benicke, Schwarz, Schucking, Ballersy, Beauregard, Terrier, Desmaisons, Richardson, Wasseige, Krabbel, Reuss, Schrœder, Freund, Martin, Linkenfeld, Raymond, Slawjansky, Kroner, Marchand*, 580; *Moorhof, Santword*, 601.

OBSTÉTRIQUE.

Pelvimétrie, *Crouzat*, 602. — Positions occipito-postérieures, *Croom*, 603. — Descente dans les bassins, *Sabatier*, 604. — Température après l'accouchement, *Napier*; forceps, *More, Reith*, 606. — Incontinence d'urine, *Murray*, 607. — Nœuds du cordon, *Guéniot*; cystocèle vaginale, *Dick*, 608. — Hémorragie puerpérale, *Barnes*, 609. — Scarlatine, *Grenser, Legendre*, 610. — Albuminurie, *Cassin*; insertion vicieuse du placenta, *Bitot*, 611; *Macdonald*, 612. — Placenta double, *Richardson*; avortement, *Veit*, 612. — Contraction du diaphragme, *Hermann*, 613.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité, *Cadet de Gassicourt*, 614. — Croissance, *Evetzky*, 615. — Nutrition, *Deneke, Kormann*, 616. — Scarlatine, *Estore*; rubéole, *Rott, Duckeworth, Henning, Robinson*, 617. — Abcès rétro-pharyngiens, *Bokai, Alexy, Herz*, 620; *Carmichael*, 621. — Ictère, *Epstein*, 622. — Embolies, *Ruge*; paralysie spinale, *Litzmann*, 624. — Spina bifida, *Butcher*, 625. — Occlusion intestinale, *Craig*; dégénérescence de la rate, *Steffen*, 626. — Phimosis, *Ray*, 627.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Leçons, *Fournier*, 627. — Chancre et chancroïde, *Rieger*, 628. — Excision de chancre, *Mraweck*, 632; *Mauriac*, 633; *Krowczynski*, 634. — Syphilis précoces, *Mauriac*, 635. — Ataxie syphilitique, *Erb*, *Althaus*, 636. — Syphilis cérébrale, *Chiari*, 637. — Syphilis congénitale, *Lannelongue*; syphilis rénale, *Barthélemy*, 638. — Injections d'iodoforme, *Thomann*; injections mercurielles, *Martineau*, 639.

PATHOLOGIE EXTERNE ET CLINIQUE CHIRURGICAL

Élongation des nerfs : *Brown-Séquard*, *Laborde*, *Debove*, *Prévost*, *Witkowski*, *Marcus*, *Quinquaud*, *Wiet*, *Gillette*, *Erlenmeyer*, *Sury-Brienz*, *Westphal*, *Langenbuch*, *Bastian*, *Johnson*, *Davidson*, *Berridge*, *Scheving*, *Bernhardt*, *Godlee*, *Le Dentu*, *Polaillon*, *Schussler*, *Nicolas*, *Mackintosh*, *Panas*, *Lamare*, *Hildebrant*, *Smith*, *Bomford*, *Lawrie*, *Carafi*, *Chauvel*, 640; *Wiet*, *Althaus*, *Amboni*, *Payne*, *Spencer*, *Artaud*, *Gilson*, 650; *Müller*, *Ebner*, *Schussler*, *Benedikt*, *Erb*, *Fischer*, *Schweninger*, *Nocht*, *Berger*, *Moeli*, 653.

Hernies, maladies de l'intestin : *Ferrand*, *Lacher*, *Wolff*, *Chambay*, *Thiry*, *Mason*, *Gattai*, *Pennel*, *Pick*, *Verneuil*, *Chauvel*, *Jamin*, *Spiczer*, *Reverdin*, *Guinod*, *Varren*, *Boreley*, *Galton*, *Roth*, 655; *Trastour*, *Litters*, *M'Gown*, *Davis*, *Lambart*, *Langenbuch*, *Friedlaender*, *Maclaren*, *Corradi*, *Randsford*, *Hutchinson*, *Guerder*, *Rivet*, *Bœckel*, *Russell*, *Gentilhomme*, *Runnals*, *Fraenkel*, *Richelot*, *Rivière*, *Hagedorn*, *Czerny*, *Madelung*, *Kœberlé*, *Jaffé*, *Græfe*, *Baum*, *Julliard*, *Billroth*, *Gussenbauer*, *Albert*, *Kelsey*, *Rouse*, 665.

Tumeurs du corps thyroïde : *Boursier*, *Perier*, *Tillaux*, *Richelot*, *Terrillon*, *Monod*, *Leboriez*, *Boéchat*, *Fiorani*, *Derecchi*, *Berger*, *Onimus*, *Wooker*, *Koch*, *Mathieu*, *Maas*, *Lardiley*, *Pinchaud*, *Abadie*, *Jenks*, 687. — Sarcome de la parotide, *Kauffmann*, 694. — Température des abcès, *Assaky*; plaies des vaisseaux, *Wahl*, 695. — Scarlatine des opérés, *Riedinger*, *Treub*, 696. — Hernie musculaire, *Larger*, *Farabeuf*; kystes synoviaux, *Faucon*, 697. — Résections, *Hueter*, 698.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Ozène, *Krause*, *Martin*, *Frænkel*, *Terrillon*, *Cozzolino*, *Calmettes*, *Fournié*, 700. — Épistaxis, *Malherbe*; phlegmon des sinus, *Weichselbaum*, 703. — Névroses du larynx, *Frænkel*; laryngites, *Woakes*, 704. — Appareil d'éclairage, *Michael*, *Frænkel*, 705. — Surdité, *Cooper*; maladie de Ménière, *Féré*, *Demars*; furoncle de l'oreille, *Lœwenberg*, 706. — Chloroforme cause d'otite, *Hackley*; plaies de l'oreille, *Schwartze*, *Körner*, *Love*, 708. — Otite tuberculeuse, *Frænkel*, 709. — Otite syphilitique, *Kipp*, 710. — Exostose de l'oreille, *Hedinger*, 711. — Chondrite auriculaire, *Knapp*, 712.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Manuel, *Sanroman ;* service de santé, *Myrdacz*, 713 ; *Zieglel*, 717. — Statistique de l'armée, 718. — Congrès de Londres, 720. — Taille, poids et recrutement des soldats, *Beneke*, *Jansen*, *Rigal*, 723. — Garnisons, *Dardignac*, 727.

REVUE GÉNÉRALE.

Affections cutanées d'origine nerveuse, *Leloir*, 730.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 753.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Recherches sur quelques points particuliers de l'histologie des nerfs. La gaine lamelleuse et le système hyalin intravaginal, par J. RENAUT (*Arch. de phys*, 1881).

I. — *La gaine lamelleuse et le faisceau nerveux primitif de l'âne et du cheval.*

A. Étude des éléments cellulaires de la gaine lamelleuse de l'âne et du cheval à l'aide de l'acide osmique.

En employant le procédé qu'il indique dans son travail, M. Renaut signale les particularités histologiques suivantes:

La gaine lamelleuse est absolument libre et ne se fond pas progressivement avec le tissu connectif à faisceaux parallèles qui l'entoure. Si elle était formée par le passage progressif des faisceaux fibreux à l'état d'éléments membraniformes, elle serait cannelée et donnerait sur sa phériphérie, naissance à des lambeaux flottants. Il n'en est pas ainsi. On peut donc déjà conclure que la gaine lamelleuse est une formation absolument différenciée du tissu connectif ambiant, comme une aponévrose l'est du tissu conjonctif intermusculaire.

Lorsqu'on a étalé la gaine lamelleuse, dans les deux ou trois plans de noyaux les plus superficiels (c'est-à-dire les plus internes), on reconnaît une configuration absolument typique et qui, à elle seule, suffit pour caractériser des lames juxta-fasciculaires de la gaine lamelleuse : les noyaux sont bizarres, disposés sous forme de reins, de croissants fendus par leur convexité , de stries simples ou doubles; bref, leur configuration, extrêmement variable, défie toute description.

Ces noyaux deviennent de plus en plus réguliers à mesure que la lame à laquelle ils appartiennent devient elle-même plus externe. Mais dans toute l'épaisseur de la gaine lamelleuse ils sont festonnés de diverses manières. Les noyaux des cellules du tissu conjonctif tendini-

forme adjacent à la gaine lamelleuse sont tout différents : ils ressemblent à ceux des cellules d'un tendon, et les corps cellulaires qui les renferment sont parcourus par des crêtes d'empreinte, parallèles à la direction des faisceaux fibreux dont ils occupent les intervalles.

On ne peut mieux comparer les noyaux fibreux sans crêtes d'empreinte, minces, étalés dans les espaces lamellaires de la gaine lamelleuse, qu'à ceux des deux ou trois lamelles les plus antérieures de la cornée transparente de la grenouille. L'origine de leur forme bizarre doit être attribuée à une circonstance toute mécanique, identique, du reste, dans les lames antérieures de la cornée et dans la gaine lamelleuse. Il s'agit ici d'effets de pression.

S'il était évident que ces noyaux bizarres appartiennent aux cellules fixes de la gaine lamelleuse des nerfs, il n'était pas certain qu'ils appartinssent aux couches endothéliales internes de cette dernière. M. Renaut a résolu ce problème de détail au moyen d'imprégnations d'argent. Il a démontré ainsi que ces noyaux bizarres appartiennent aussi bien à la gaine lamelleuse endothéliale qu'à la portion non endothéliale de cette dernière.

B. Étude du faisceau nerveux primitif.

Dépouillé de sa gaine lamelleuse, il se montre sec et absolument dépourvu d'endothélium. Il n'y a point là d'endothélium viscéral.

Chez l'âne, le cheval, tous les animaux à sabots, on voit les nerfs mixtes, accolés au métacarpien et à la phalange, dans un état qu'on retrouverait difficilement chez les animaux plantigrades ou même digigrades unguiculés.

Ces nerfs n'ont plus à fournir aucun filet aux muscles striés. Sur un assez long trajet, il ne contiennent que des fibres nerveuses, sensitives, ou destinées aux muscles libres des vaisseaux et des segments. Chaque faisceau primitif ne contient plus encore qu'un très petit nombre de fibre à myéline. Inversement, le nombre des fibres de Remak augmente jusqu'à devenir prépondérant. C'est ici qu'il faut étudier ces fibres.

Quand on dissocie un nerf de cheval ou d'âne (médian, sciatique), traité par l'acide osmique, d'après la méthode classique, on constate que, dans la majorité des fibres à myéline, les segments interannulaires sont égaux et leurs étranglements régulièrement équidistants; mais constamment on rencontre des fibres à myéline sur la continuité desquelles on observe ce qui suit :

Un gros tube à myéline est formé de segments interannulaires successifs et de même diamètre : au niveau d'un étranglement, nait un segment interannulaire de diamètre et de longueur moindres que le précédent. Quelle est la signification de ces segments courts intercalaires? Chez des animaux adultes, et même avancés en âge, tels que les solipèdes qu'on sacrifie dans les écoles vétérinaires, les nerfs produisent incessamment de nouveaux segments interannulaires pour végéter à la périphérie et remplacer les éléments nerveux dont l'évolution est terminée. Cet accroissement se fait non seulement à l'extrémité des nerfs, mais encore dans leur continuité: de là l'apparition sur nombre de points de segments intercalaires.

II. — *Description des cellules godronnées intravaginales.*

A la face interne de la gaine lamelleuse sont des éléments cellulaires

particuliers, très nombreux, surtout au niveau des renflements fusiformes, et interposés à la face interne de la gaine et à la surface du faisceau nerveux qu'elle environne.

Ces éléments cellulaires ont un volume égal ou un peu inférieur à celui des cellules globuleuses ou nodules sésamoïdes des batraciens anoures, et sont transparents comme une masse de verre qu'un émailleur aurait gaufrée; chaque cellule renferme un noyau, de forme le plus souvent bizarre, contourné et tordu de façons si multiples qu'il est impossible d'en décrire la configuration exacte; ce noyau occupe soit le périphérie, soit le centre de l'élément, soit enfin l'une de ses extrémités.

Le protoplasma est clair, comme boursouflé, et forme autour du noyau des expansions multiples. Ces expansions entourent le noyau comme d'une collerette. M. Renaut appelle donc ces cellules cellules godronnées.

En employant divers réactifs, M. Renaut a pu établir qu'il est vraisemblable que les expansions multiples des cellules godronnées ne sont pas artificiellement produites par les réactifs, mais appartiennent en propre à ces éléments singuliers.

III. — *Description du système hyalin intravaginal de soutènement.*

A. Description des mésos vasculaires et fibrillaires.

Les faisceaux nerveux primitifs du médian, du facial, du collatéral plantaire interne du cheval et de l'âne ne remplissent pas tous exactement la cavité interceptée par la gaine lamelleuse. Le tissu connectif intrafasciculaire est relié à la paroi de la gaine par une multitude de petits mésos formés soit de fins faisceaux isolés, soit de fibres connectives très délicates, croisées de façon à déterminer de petites membranes fenêtrées, analogues à des épiploons, ou plutôt à des bandes mésopéricardiques en miniature. Quand les vaisseaux de la gaine lamelleuse passent dans l'intérieur du faisceau primitif, ils suivent le chemin de ces mésos qui s'épaississent autour d'eux et leur forment une gaine. Les fibres délicates des mésos fibrillaires se détachent de la gaine lamelleuse, dont certains faisceaux, au lieu de demeurer noyés dans la substance unissante qui fond en membrane les éléments de la gaine, s'en détachent, deviennent libres et traversent l'espace compris entre la gaine et le faisceau. Sur le treillis des faisceaux conjonctifs grêles sont disposées des cellules connectives plates qui semblent la continuation de l'endothélium de la gaine lamelleuse : mais ce revêtement n'est pas continu et les cellules ont des expansions étoilées comme dans le tissu connectif lâche ou la névroglie. Enfin dans les mailles comprises dans l'écartement des mésos existe un liquide particulier qui, sous l'influence coagulante produite par l'acide osmique, se prend en gelée à la façon d'un caillot de lymphe, avec cette différence qu'on n'y a pas constaté avec évidence des globules blancs, et qu'il ne se rétracte pas en formant une masse festonnée.

A. Formation des loges.

Le liquide, répandu d'abord d'une façon diffuse entre les mesos, semble se creuser, au milieu de certain d'entre eux, des loges dont la section transversale est arrondie ou elliptique. Le treillis de fibres connectives se densifie autour de chaque globe du coagulum et se dispose

en paroi, revêtue à sa face interne d'un rang de cellules plates disposées à la façon d'un endothélium.

Dans l'épaisseur de la paroi on voit d'autres cellules s'arranger concentriquement aux premières tout en restant discontinues. Enfin certaines des cellules les plus internes montrent des boursouflures de leur protoplasma, et sur les coupes un peu épaisses on en voit quelques-unes devenir libres à demi, godronnées sur leur portion non adhérente; puis ordinairement, au milieu de chaque loge, on remarque une grande cellule godronnée, emprisonnée dans le coagulum, et montrant son noyau bizarre contourné et ses élégantes expansions protoplasmiques en forme de corolle. Il parait évident d'après cela que les cellules godronnées ne sont qu'une modification particulière des cellules fixes des parois des mailles.

Dans les coupes suivantes, on voit le nombre des cellules godronnées occupant l'aire des mailles augmenter progressivement. Ces cellules se touchent, leurs expansions ou godrons s'imbriquent; en même temps, la paroi de la maille considérée s'épaissit, se fond en membrane; mais les membranes alvéolaires restent toujours fenêtrées et se poursuivent au-dessus et au-dessous du point dont on observe la couche optique, en se fondant avec les mailles de loges adjacentes ou en se dissociant pour entrer dans la composition du réticulum sous-alvéolaire situé sur un plan supérieur, inférieur ou latéral. Les alvéoles sont eux-mêmes cloisonnés; de minces fibres connectives, analogues à celles de la névroglie, passent et repassent entre les éléments cellulaires aplatis et godronnés qui entrent dans leur constitution.

Les fibres élastiques n'ont paru prendre aucune part à la formation du réticulum et des alvéoles. Inversement, le tissu connectif intrafasciculaire se dissocie et envoie dans le système précité des faisceaux isolés qui le traversent, rejoignent la gaine lamelleuse et constituent comme les travées maitresses de l'appareil délicat de soutènement disposé à la périphérie du fascicule nerveux.

Ce dernier est donc soutenu (dans la cavité tubuliforme constituée par sa gaine lamelleuse) par un système formé de mailles et de loges communicatives, remplies d'un liquide au sein duquel nagent les cellules godronnées qui, au fur et à mesure que le petit organe de soutien prend son développement, deviennent plus nombreuses et arrivent entre elles au contact.

Tout ce système forme un manchon qui possède à peu près la consistance du corps vitré de l'œil, et dans lequel le faisceau est plongé comme dans un milieu semi-liquide, et par conséquent à la fois incompressible, hyalin et résistant.

C. Formation des nodules hyalins proprement dits.

Dans les nerfs volumineux, tels que le médian et le tronc du facial, on voit, sur certains points, le système hyalin prendre un développement considérable. Sur un côté du faisceau nerveux, le tissu conjonctif intravaginal, chargé de cellules godronnées, cesse de former un mince anneau ou un faisceau alvéolaire à mailles remplies de liquide. Il s'épaissit en un point qui ordinairement occupe le centre d'une traînée alvéolaire fusiforme. Les mailles du tissu conjonctif à faisceaux grêles des parois alvéolaires se stratifient de façon à constituer, sur une lon-

gueur souvent très grande (quelquefois plus d'un centimètre), une petite tige de tissu fibreux d'aspect homogène et hyalin, bien qu'en réalité, elle soit formée de parois alvéolaires superposées et fondues les unes dans les autres. Au centre de chaque nœud, on voit une grosse cellule godronnée, qui ne nage plus dans un liquide, mais est emprisonnée dans un tissu fibreux homogène, délicat et ayant la consistance d'une gelée.

IV. — *Aperçu de la signification générale du système hyalin intravaginal.*

L'énorme développement d'un système aussi évidemment disposé pour la protection des faisceaux nerveux chez les animaux de très haute taille, doit avoir une signification fonctionnelle. M. Renaut s'est demandé si les mouvements des muscles chez des animaux où leur contraction acquiert une valeur mécanique considérable, ne détermineraient pas sur des cordons nerveux que leur jeu déplace, étend et comprime incessamment, des effets véritablement traumatiques, si les éléments les plus délicats de ces nerfs n'étaient pas mieux protégés que chez les animaux tels que l'homme ou le chien, dont la contraction musculaire ne peut jamais atteindre une haute valeur dynamométrique. Pour que le nerf adjacent à la masse musculaire en contraction ne fût pas frappé violemment au début de cette dernière, écrasé pendant sa durée, la nature semble avoir développé le système hyalin intravaginal; elle l'a renforcé dans les régions minces et rubanées des nerfs, l'a atténué au niveau des points où les masses musculaires sont devenues minimes (avant-bras) et l'a réduit à l'état rudimentaire (qu'il présente dans les collatéraux des doigts de l'homme) le long du métacarpien unique, au niveau duquel le nerf est dépourvu de son contact musculaire. V. H.

Untersuchungen über die Nervenzellen der cerebro-spinalen Ganglien und der übrigen peripherischen Kopfganglien (Recherches sur les cellules nerveuses des ganglions cérébro-spinaux et des autres ganglions céphaliques périphériques), par Gustaf RETZIUS (*Archiv f. Anat. und Physiol.; Anat. Abth., Heft VI*, 1880).

On sait, depuis les recherches de Bidder et Volkmann, que la somme des fibres nerveuses qui sortent des ganglions spinaux est supérieure à celle des fibres qui y pénètrent; leur nombre augmente pendant leur trajet ganglionnaire.

Quelle est la cause de cette multiplication? Pour Kölliker et Schwalbe, elle serait due à l'adjonction de fibres provenant des cellules ganglionnaires à celles qui ne font que traverser les ganglions; Kölliker n'a jamais observé de multiplication par division.

D'autres auteurs ont mentionné cette division des fibres nerveuses chez l'embryon (Stannius), chez le veau (Remak), chez la grenouille (S. Mayer), sans établir cependant le fait par des observations suffisamment démonstratives.

Retzius reprend la question et l'étudie surtout au point de vue des prolongements cellulaires. Les cellules ganglionnaires des batraciens, des oiseaux et des mammifères ne possèdent, d'après l'auteur, qu'un seul

prolongement. Celui-ci, après un trajet plus ou moins contourné, se munit d'une gaine de myéline et va se confondre, au niveau d'un étranglement, avec une autre fibre nerveuse de myéline. Cependant, cette réunion apparente représente plutôt une division du prolongement cellulaire; le cylindre-axe de ce prolongement se sépare en deux branches, dont chacune devient le cylindre-axe de la division correspondante. Les deux branches se séparent tantôt sous un angle obtus, tantôt sous un angle droit ou même aigu; d'autres fois, enfin, elles ne divergent qu'après avoir parcouru, parallèles et juxtaposées, un trajet de longueur variable.

Il n'est pas encore possible de dire actuellement si l'une de ces divisions se dirige vers la périphérie, l'autre vers l'organe central, comme on ne saurait affirmer que tous les prolongements des cellules nerveuses subissent cette division dichotomique, à l'exclusion des tubes nerveux, qui appartiennent aux racines sensitives et qui passent sans entrer en connexion avec les cellules ganglionnaires. Toujours est-il que les ganglions spinaux contiennent, dans la série ascendante des batraciens à l'homme, des fibres à myéline qui se divisent dichotomiquement, et que c'est là un caractère constant.

Dans les ganglions cérébro-spinaux, l'existence des cellules apolaires est problématique; on trouve habituellement un prolongement aux cellules nerveuses les plus petites; ce prolongement conserve pendant longtemps les caractères d'une fibre nerveuse pâle.

Le ganglion jugulaire et le ganglion cervical du pneumogastrique, le ganglion jugulaire et le ganglion pétreux du glossopharyngien, le ganglion géniculé du facial, le ganglion semilunaire du trijumeau doivent être rangés, eu égard à la constitution de leurs cellules et des prolongements cellulaires, parmi les ganglions spinaux. Le ganglion acoustique présente une structure analogue. Le ganglion otique, le sphénopalatin et le ganglion sous-maxillaire appartiennent au système du grand sympathique.

ASSAKY.

Recherches sur l'origine réelle des nerfs crâniens, par MATHIAS DUVAL, 8e article avec 2 planches (*Journ. de l'anat. et de la physiol., septembre 1880*).

Ce mémoire renferme divers détails sur l'anatomie comparée du nerf glosso-pharyngien chez l'homme et chez les singes, mais il est principalement consacré à l'étude de l'origine du *nerf intermédiaire de Wrisberg* considéré comme un filet radiculaire détaché de la 9e paire, dont il partage les origines. D'après les propriétés que cette racine doit posséder, en tant que présentant les mêmes origines centrales que le glosso-pharyngien, et d'après les propriétés reconnues au petit nerf périphérique dit corde du tympan, l'auteur est amené à considérer la corde du tympan comme faisant suite au nerf de Wrisberg. Or comme cette corde préside à la sensibilité gustative de la partie antérieure de la langue, on arrive à cette conclusion qu'un seul nerf préside au sens du goût, comme un seul nerf spécial préside à la vision ou à l'audition. Ce nerf du goût est le glosso-pharyngien, qui d'une part donne la sensibilité gustative à la base de la langue d'une manière directe, par un trajet anatomique dès longtemps connu, et qui d'autre part innerve la partie anté-

rieure de cet organe par un trajet plus complexe, que représentent le nerf intermédiaire de Wrisberg et la corde du tympan. A. C.

Ueber die Nerven der Respirationswege (Des nerfs des voies respiratoires), par KANDARAZKI (*Arch. f. Anat. u. Phys.; Anat. Abth., Heft I*, 1881).

Les voies respiratoires de la grenouille, du chien, du chat, du lapin et de l'homme contiennent de petits ganglions nerveux situés sur le trajet des nerfs et constitués par des cellules protoplasmatiques munies d'un noyau et de nucléoles; chaque cellule est pourvue d'un prolongement.

Chez l'homme, ces ganglions s'étendent de la trachée aux bronches, jusqu'aux divisions du troisième ordre; on en trouve non seulement dans le réseau formé par les filets du pneumogastrique au point de bifurcation de la trachée, mais aussi dans l'épaisseur de la muqueuse, entre les glandes. ASSAKY.

Zür Kenntniss des Baues der Lunge des Menschen (Contribution à la connaissance de la structure des poumons de l'homme, par A. KÖLLIKER (*Verhandl. der physik. medic. Gesells. zu Würzburg, t. XVI, n° 1*).

Kölliker a pu étudier, sur un supplicié, l'épithélium alvéolaire à l'état frais, ce qui n'avait pas encore été possible jusqu'ici. Les poumons sont injectés par les bronches une demi-heure après la mort au moyen d'une solution de nitrate d'argent à 5 pour 1000, puis portés dans une solution à 6 0/0. L'épithélium superficiel des alvéoles et l'endothélium pleural sont seuls attaqués. L'épithélium alvéolaire offre les mêmes caractères décrits par Elenz et Eberth en 1868 dans les poumons des mammifères. C'est une assise de cellules pavimenteuses présentant deux sortes d'éléments différents, les uns plus petits, granuleux, plats, à contour polygonal arrondi, ayant de 7-15 μ et qui se trouvent exclusivement dans les mailles du réseau capillaire; les autres, plus gros, 22 à 45 μ, de formes diverses, sans noyau apparent; tout à fait aplatis, placés sur les vaisseaux mais paraissant pénétrer dans leurs mailles. Comme chez l'embryon humain de 8 mois, Kolliker n'a rencontré qu'une seule espèce de cellules épithéliales; il faut croire que les cellules plates ont leur origine dans l'aplatissement des autres éléments à la suite de l'introduction de l'air et de l'extension des alvéoles. Le même mécanisme peut amener la fusion de plusieurs cellules en une plaque unique, comme l'a dit Elenz. Cet épithélium pulmonaire, comme celui des autres mammifères, a une certaine analogie avec l'endothélium, mais son développement aux dépens de l'endoderme prouve bien sa nature épithéliale.

Les bronches montrent les cellules cupuliformes de Pr.-E. Schulze. Les canalicules respiratoires ont affecté deux formes différentes : la première avec épithélium cylindrique vitrabile; la seconde avec deux espèces de cellules épithéliales les unes cylindriques ou pavimenteuses, les autres plates, grosses, polygonales. L'une de ces formes constitue le prolongement de l'autre. — Le travail de Kölliker contient encore des observations intéressantes sur la constitution des petites bronches. Nous ne pouvons qu'en donner un aperçu. Les plus petites bronches avec épithé-

lium cylindrique vibratile continu ont déjà des alvéoles à parois propres. — Entre ces bronches et les conduits alvéolaires est intercalé un système de bronchioles respiratoires, dont le revêtement de petites cellules cylindriques passe successivement, et d'un seul côté, à un revêtement d'épithélium en grosses plaques et de petites cellules pavimenteuses. — Ces bronchioles respiratoires aboutissent immédiatement dans les conduits alvéolaires encore revêtus d'épithélium mélangé, où les petites cellules pavimenteuses se montrent encore rassemblées en petits groupes. — Il n'y a pas de bronchioles qui soient revêtues de l'épithélium pavimenteux à petites cellules. Tous les alvéoles et les conduits alvéolaires possèdent l'épithélium mixte décrit par Elenz aussi bien dans les profondeurs que dans les travées de séparation : les groupes de petites cellules rassemblées y font défaut. DASTRE.

Beitrage zur Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes (Contribution à l'histoire du développement du larynx), par GANGHOFNER. (*Prager Zeistchr. f. Heilk., Heft* 3 *et* 4, 1880).

Les premiers vestiges du cartilage thyroïde et de l'épiglotte sont indépendants de l'emplacement du reste du larynx.

L'épiglotte provient du segment postérieur du rudiment de la langue.

Voilà pourquoi, pense l'auteur, l'épiglotte est pourvue de corpuscules gustatifs et se trouve innervée, en partie, par le rameau lingual du glossopharyngien. ASSAKY.

Ueber die unteren und oberen Pleuragrenzen (Des limites supérieure et inférieure de la plèvre), par A. PANSCH (*Arch. f. Anat. u. Physiol. — Anat. Abth., Heft III*, 1881).

La limite supérieure de la plèvre correspond, en arrière, à la moitié de la hauteur du bord vertébral de la 12e côte ; elle suit sur les côtés une ligne d'abord horizontale, qui devient ensuite ascendante et se porte en avant, vers l'articulation chondro-costale de la 7e côte. En arrière, les deux plèvres occupent le même niveau ; en avant, la plèvre gauche descend un peu plus bas que l'articulation de la 7e côte. Cependant, dans certains cas, l'auteur a vu le cul-de-sac pleural atteindre l'apophyse transverse ou même le bord inférieur du corps de la 1re vertèbre lombaire.

Le sac pleural est limité en haut par un plan horizontal qui passerait par le col de la 1re côte. Les variations apparentes dans la hauteur du poumon tiennent à des différences dans la situation de la clavicule ; c'est ce qui fait que la hauteur de la portion du poumon qui dépasse la clavicule décroît pendant l'inspiration.

L'auteur attire l'attention sur l'impossibilité où l'on est, dans la recherche de la dernière côte par la palpation, d'affirmer que l'on tient la 12e côte. Il donne le conseil de ne faire porter les incisions qui doivent respecter la plèvre qu'à deux travers de doigt au-dessous de la côte qu'on est tenté de prendre pour la dernière. ASSAKY.

I. — Ueber die Entwickelung und den Bau der Schilddrüse (Du développement et de la structure de la glande thyroïde), par A. WÖLFLER (*Berlin*, 1880).

II. — Schilddrüse par W. HIS (*Anatomie Mesnch. Embryonen*, 1880).

III. — Ein Stadium der embryonalen Schilddrüse (Un stade de la glande thyroïde embryonnaire), par A. KÖLLIKER (*Embryologische Mittheilg. Halle* 1879).

IV. — Beiträge zur Entwickelungs-und-Wachsthums-Geschichte der Schilddrüse (Contribution à l'histoire du développement de la glande thyroïde), par HORCICKA (*Prager Zeitschr. f. Heilkunde, Heft* 2, 1880).

I. — Chez l'embryon du porc l'épithélium des deux premières fentes branchiales au lieu de disparaître, se multiplie et donne naissance à deux vésicules épithéliales qui représentent de chaque côté l'emplacement (double) de la glande thyroïde. Ces deux vésicules pharyngiennes sont pourvues d'une fente médiane qui communique, au début, avec la cavité du pharynx; l'extrémité ventrale de la vésicule touche presque l'aorte, l'extrémité dorsale se trouve près de la carotide. Plus tard l'extrémité ventrale de la vésicule glandulaire se sépare de l'aorte, quitte sa situation primitive entre l'os hyoïde et la paroi du pharynx, et vient se placer au-dessous du rudiment du larynx, au devant de la trachée (Wölfler).

II. — Chez l'embryon humain mesurant de 7 à 7^{mm},5, l'emplacement de la glande thyroïde se trouve au niveau de la deuxième paire d'arcs branchiaux, au-devant de la langue, entre cet organe et le bulbe aortique; il se présente sous forme d'une double vésicule épithéliale d'où part un pédicule unique, impair qui se dirige vers le rudiment de la langue. Chez l'embryon humain moins avancé en développement (long de 4^{mm}), la glande thyroïde est représentée par une vésicule épithéliale située au-devant du poumon et dans la région du 2e arc branchial (His). Pour His la glande thyroïde, le larynx, la trachée et le poumon ont une origine commune; tous ces organes proviennent d'un sillon longitudinal médian de la paroi de l'intestin antérieur.

III. — Chez l'embryon du lapin au 17e jour, la glande thyroïde a, sur les coupes transversales, l'aspect d'une glande en tube composée, munie d'un conduit excréteur qui contourne en arc de cercle la trachée. Sur ce conduit viennent s'insérer de nombreuses ramifications de dimensions variables (Kölliker).

IV. — Les recherches de Horcicka montrent (Embryons de lapin, de chat, d'homme) que la glande thyroïde ne se développe pas selon le mode des glandes acineuses, mais qu'elle provient de travées cellulaires solides qui se divisent et se subdivisent, au moment de l'apparition des vaisseaux, en petits amas cellulaires arrondis, premiers vestiges des culs-de-sac glandulaires. Ces petits amas se creusent de cavités grâce à une dégénérescence vitreuse des cellules centrales, les cellules périphériques se transformant en revêtement épithélial. Ce revêtement est constitué par un épithélium cylindrique ou cubique (Wölfler), immédiatement en rapport avec les vaisseaux (Wölfler), sans interposition de membrane propre (Horcicka).

Chez l'embryon humain de 4 à 4 mois 1/2, la formation glandulaire est très avancée; cependant on peut encore constater à cette époque que les culs-de-sac proviennent de cordons solides (Horcicka). ASSAKY.

Ueber die Blutgefässe der Herzklappen des Menschen (Sur les vaisseaux sanguins des valvules du cœur de l'homme), par L. LANGER (*Sitzungsber. der Wiener Akad. der Wiss., t. LXXXII, 3. Abth., p.* 208-242, 1880).

On s'accorde généralement à considérer l'endothélium et la couche élastique de l'endocarde comme la continuation directe de l'intima et de la couche moyenne des vaisseaux, mais la couche de tissu conjonctif lâche qui se trouve entre le muscle du cœur et l'endocarde ne saurait être assimilée à la tunique adventice des vaisseaux : c'est bien plutôt une sorte de périmysium. Cette couche conjonctive n'existe, en effet, plus ou moins développée, que là où l'endocarde est recouvert de tissu musculaire; elle manque complètement dans les parties dépourvues de muscle, comme les valvules, la portion membraneuse du septum interventriculaire, où tout au moins elle y est représentée d'une façon à peine appréciable.

Luschka a décrit des vaisseaux dans les valvules du cœur de l'homme. Depuis lui, ce point d'anatomie n'a été l'objet d'aucune recherche spéciale. L'auteur le reprend et montre que, en ce qui concerne l'endocarde, la couche conjonctive située entre l'endothélium et le muscle est la seule couche vasculaire; l'endocarde proprement dit est toujours dépourvu de vaisseaux et les anses vasculaires sous-endocardiaques s'arrêtent nettement à son niveau. Ces vaisseaux appartiennent au muscle cardiaque lui-même ou proviennent du moins de son réseau vasculaire, en sorte que leur présence est toujours subordonnée à celle des muscles au-dessous de l'endocarde.

A l'inverse de l'endocarde, le péricarde de l'homme possède toujours un réseau vasculaire qui se distribue dans sa substance.

Quant aux diverses valvules cardiaques, Langer remarque que, par suite de la croissance, les valvules semi-lunaires se séparent de plus en plus de la paroi artérielle pour se rapprocher du cœur : finalement leur insertion se fait pour un cinquième sur le muscle cardiaque lui-même. Ce fait est encore plus accusé chez le porc, où les valvules s'attachent presque entièrement sur le muscle. A l'état normal, les valvules semi-lunaires de l'homme ne sont pas vascularisées.

Les valvules auriculo-ventriculaires ne possèdent des vaisseaux qu'autant que l'on rencontre dans leur épaisseur des fibres musculaires. Ces muscles (muscles de Kürschner) s'observent dans les valvules du cœur veineux; ce sont eux, à proprement parler, qui portent les vaisseaux : en effet, ceux-ci s'arrêtent là où cessent les muscles eux-mêmes, et leur terminaison se fait en anses. Les cordages tendineux sont totalement dépourvus de vaisseaux. R. BL.

Note sur la forme de l'endothélium des artérioles, des veinules et des capillaires sanguins, par RENAUT (*Arch. de phys.*, 1881).

L'endothélium vasculaire ne paraît aplati que si les vaisseaux sont exactement remplis de globules rouges du sang. Si, au contraire, ils sont vides, les cellules endothéliales se montrent, sur les coupes transversales, rangées tout autour de la lumière du vaisseau, comme celles d'un

cul-de-sac d'une glande de mucus autour de ce dernier. Ce sont des cellules hautes, claires, transparentes et homogènes, rectilignes sur leur face adhérente à la paroi et sur leurs côtés, offrant à leur sommet un feston convexe et saillant en dedans. Ceci revient à dire que la lumière du vaisseau est étoilée comme celle d'un acinus de la glande sous-maxillaire.

Chaque cellule est très claire et cylindrique, renferme un beau noyau très faiblement arrondi, nullement accolé à son fond, mais situé au tiers externe de sa hauteur. V. H.

Étude anatomique des glandes sudoripares, par A. FICATIER (*Thèse de Paris*, 1881).

L'auteur a fait une étude comparative des glandes sudoripares des diverses régions de la peau chez l'homme et chez plusieurs mammifères. Les glandes peuvent se diviser : en glandes sudoripares proprement dites ; en glandes spéciales, telles que les glandes dites cérumineuses et celles de Moll ; en glandes odorantes représentées par les glandes volumineuses du creux de l'aisselle (glandes axillaires), et les organes analogues disséminés dans diverses régions (pli de l'aine, aréole du mamelon, etc.). Toutes ces glandes, quel que soit leur volume et sur quelque animal qu'on les considère, répondent au même type histologique. Les différences qui existent entre les trois espèces de glandes portent principalement sur l'épithélium sécréteur. Dans les glandes sudoripares proprement dites, les cellules sécrétantes sont pyramidales, très allongées et sans cuticule ; dans les glandes axillaires, ces cellules sont les unes cubiques avec une cuticule hyaline épaisse, les autres prismatiques. Ces dernières ont à leur sommet une portion hyaline qui fait une saillie plus ou moins marquée. On trouve aussi deux formes de cellules sécrétantes dans les glandes du conduit auditif externe ; les unes sont pavimenteuses, aplaties, avec une cuticule très mince d'aspect corné ; les autres prismatiques, semblables à celles des glandes axillaires. L'auteur considère la tunique musculaire, admise par tous les histologistes modernes dans la paroi des glandes sudoripares, comme une couche épithéliale basilaire. V. H.

On the comparative anatomy of the lymphatics of the mammalian urinary bladder (Anatomie comparée des lymphatiques de la vessie urinaire des mammifères), par Georges HOGGAN et F. Elizabeth HOGGAN (*Jour. of anat. and physiol.*, *avril* 1881).

Les recherches de ces auteurs ont porté sur la vessie du cheval, du mouton, du cochon, du singe, du lapin, de la souris, etc. D'après eux les seuls vrais lymphatiques collecteurs de la vessie n'existent que dans la muqueuse du trigone ; ils peuvent être considérés comme les origines des lymphatiques de cet organe. Généralement les lymphatiques ne viennent pas de la surface externe ni de la surface interne de la vessie. Il existe un réseau à mailles allongées, constitué par un mélange de lymphatiques collecteurs et de lymphatiques efférents, qui

accompagne les petits vaisseaux, artères et veines, et est situé à la surface interne des muscles de la vessie. De ce réseau partent des branches plus volumineuses, qui généralement ne sont pas accompagnées de vaisseaux sanguins, et qui traversent directement la couche musculaire. Après s'être anastomosés un grand nombre de fois entre elles, ces branches forment, par leur réunion à la surface externe des muscles, les plus gros lymphatiques efférents.

Les vaisseaux efférents sont pourvus de nombreuses valvules; ils sont situés entre l'endothélium séreux et la couche musculaire; ils se dirigent, de chaque côté de la ligne médiane, les uns vers l'ouraque, les autres vers le col de la vessie; ils quittent l'organe en ces points et n'ont plus d'autres connexions avec lui. F. HENNEGUY.

Ueber die Nervenendigungen in der Uterinschleimhaut der Menschen (Du mode de terminaison des nerfs dans la muqueuse utérine), par Th. PATENKO (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 19, 1880).

L'auteur a pu étudier le mode de terminaison des nerfs dans la muqueuse utérine, sur cinq utérus fraîchement enlevés.

Il a réussi à isoler, par dilacération, des lambeaux de la membrane propre des glandes utérines : sur ces lambeaux, dépouillés de l'épithélium glandulaire, il a constaté la présence d'un réseau élégant de fibres nerveuses très fines, dépourvues de myéline : au niveau des nœuds de convergence se trouvent fréquemment de petites cellules nerveuses.

L'auteur croit donc que le réseau terminal des nerfs, décrit par les auteurs dans la couche musculaire de l'utérus, n'est pas la dernière terminaison de ces nerfs, mais qu'ils se prolongent jusque dans la muqueuse et se terminent dans les glandes de cette membrane.

H. DE BRINON.

Zur normalen Anatomie der Portio vaginalis Uteri (L'anatomie normale de la portion vaginale du col), par J. VEIT (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band V, Heft 2, p.* 232, 1880).

Dans un mémoire récent *Gynækologische Studien ueber pathologische Veranderungen der Portio vaginalis Uteri, mit Berücksichtigung des Normalbanes*, Wien, 1879), H. Klotz a soutenu que les glandes entraient à l'état normal dans la constitution de la portion vaginale du col, et il a admis trois variétés de col :

1° Le type glandulaire, présentant sur la portion vaginale et les lèvres, des glandes semblables à celles du canal cervical;

2° Le type caverneux, dans lequel on voit les artères de la couche musculaire se perdre dans un tissu spongieux. Leurs parois cessent d'être distinctes du tissu ambiant; les capillaires des papilles prennent l'aspect variqueux. Ce deuxième type est, en outre, caractérisé par l'absence de glandes;

3° Un type intermédiaire.

Ces recherches, en contradiction avec les opinions admises jusqu'à ce jour, sont basées sur l'examen de 46 pièces anatomiques, dont 16 appar-

tenant à des nouveau-nés : les trois variétés se trouveraient, d'après Klotz, en même proportion chez les adultes et les nouveau-nés.

L'auteur, convaincu qu'il est très difficile de trouver un col normal chez l'adulte, a examiné un grand nombre de cols de nouveau-nés, et dans aucun cas il n'a rencontré le tissu caverneux et les glandes sur la portion vaginale du col. Il a vu, au contraire, les vaisseaux au sortir de la couche musculaire prendre constamment une direction parallèle, et se porter, presque sans anastomose, jusqu'au niveau des papilles, et à ce niveau fournir à chaque papille une anse capillaire (Henle). La cavité cervicale est tapissée d'épithélium cylindrique, et cette couche épithéliale présente des enfoncements glandulaires à forme d'ampoules ou de bouteilles, la face externe du col est recouverte d'épithélium pavimenteux, et cette couche n'est interrompue par aucun orifice glandulaire. Dans quelques cas, l'épithélium pavimenteux se prolonge dans la cavité cervicale, jusqu'à une hauteur de 6 millimètres. L'auteur croit donc que les types décrits par Klotz ne représentent que des cas exceptionnels. Il ne conteste pas, d'ailleurs, que chez l'adulte on puisse trouver des glandes sur la face externe du col, et de l'épithélium pavimenteux tapissant la cavité du col; mais ce sont là des faits pathologiques. Si les glandes faisaient normalement partie des éléments de la face externe du col, on les trouverait chez le nouveau-né. H. DE BRINON.

Recherches sur la muqueuse utérine de quelques animaux à placenta diffus mémoire accompagné de deux planches, par H. PLANTEAU (*Jour. de l'anat. et de la physiol., juillet* 1881).

Chez la jument, les glandes en tube de la muqueuse utérine ne sont point disposées perpendiculairement, mais très obliques ou même parallèles à la surface, et en étudiant le développement de ces glandes chez des fœtus de jument, on constate que leur mode de formation diffère notablement du processus ordinaire, car il n'y a pas, pour leur donner naissance, épaississement de la couche épithéliale, mais bien dépression, d'abord en sillon puis en gouttière, et le tube glandulaire se forme par soudure des deux bords de la gouttière, processus que l'auteur compare à celui de la formation du tube médullaire (centres nerveux). Pendant la gestation, ces glandes subissent un développement considérable ; leurs tubes viennent cheminer perpendiculairement à la surface de la muqueuse; c'est qu'alors la muqueuse s'est très épaissie, poussant vers l'intérieur de la cavité utérine des prolongements en forme de cloison qui circonscrivent des cupules : l'étude de ces cupules est particulièrement intéressante vu les nombreuses interprétations auxquelles elles ont donné lieu; aussi l'auteur s'attache-t-il à établir : que ces cupules ne sont pas des cavités creusées dans le tissu préexistant de la muqueuse, mais résultent de ce que la muqueuse utérine a fait saillie dans les intervalles des villosités choriales; qu'au niveau de ces cupules et de leurs cloisons l'épithélium est devenu pavimenteux et irrégulièrement stratifié; que jamais les glandes ne viennent s'ouvrir au fond de ces cupules, mais bien sur les plis saillants qui en dessinent les interstices. Ces faits étaient importants à constater, car, si depuis longtemps il est démontré que les glandes utérines ne jouent aucun rôle chez la femme soit dans la placentation, soit dans la nutrition

des fœtus, on a souvent (Sharpey, Turner) avancé que chez les animaux à placenta diffus les glandes utérines sécréteraient un liquide spécial, un prétendu lait utérin. Pour ce qui est des glandes, les faits anatomiques sus-indiqués les mettent suffisamment hors de cause, et on peut encore signaler ce fait remarquable, que chez les ruminants, dès la naissance, les points où iront s'insérer plus tard les cotylédons placentaires sont déjà marqués par des caroncules fongiformes qui deviendront les cotylédons maternels, et que précisément la muqueuse qui les recouvre, cesse, au niveau de leur base, de renfermer aucune espèce de glande. Restent les cupules que l'auteur a décrites avec soin, et qui d'après Ercolani représenteraient des glandes de nouvelle formation, mais le développement de ces cupules, dit l'auteur, est tel qu'aucune assimilation de ce genre n'est possible, et du reste ces cupules, pas plus que les glandes proprement dites, ne sécrètent un liquide particulier pendant la gestation. M. DUVAL.

I. — **Contribution à l'étude de la structure de l'ovaire des mammifères, par J. Mac LEOD** (*Archives de biologie, t. I, fascicule 2 et t. II, fascicule 1er*, 1880-1881).

II. — **Contribution à la connaissance de l'ovaire des mammifères, par Ed. VAN BENEDEN** (*Archives de biologie, t. I, 3e fascicule*, 1880).

I. — Mac-Leod a étudié la structure de l'ovaire chez la taupe, l'hermine, le *vesperugo pipistrella*, la musaraigne et chez plusieurs singes.

Dans l'ovaire de la taupe et du vesperugo, la zone parenchymateuse et la zone médullaire sont juxtaposées ; chez le vesperugo, le stroma est identique dans les deux portions.

La partie parenchymateuse de l'ovaire est seule recouverte d'un épithélium spécial.

Dans le parenchyme, il y a un grand nombre de cellules interstitielles (*Plasmazellen* de Waldeyer). Ces éléments possèdent une très faible affinité pour les matières colorantes et ne se laissent influencer que par les substances possédant un pouvoir tinctorial très fort.

La paroi propre du follicule est constituée en majeure partie par des cellules interstitielles. Tandis que la couche granuleuse et l'ovule subissent un accroissement notable, la paroi propre diminue d'épaisseur ; ses cellules constituent un réservoir nutritif qui est absorbé peu à peu par les parties centrales. La paroi propre des follicules est séparée de la couche granuleuse par une coque fibreuse.

On observe dans le stroma de l'ovaire des traînées cellulaires, constituant des tubes sans lumière centrale (cordons médullaires) que l'auteur considère comme des canaux séminifères arrêtés dans leur développement. Chez la taupe et la chauve-souris, la portion de l'ovaire qui renferme ces cordons médullaires est recouverte intimement par la capsule ovarique, et constitue un testicule rudimentaire accolé à l'ovaire.

L'ovaire chez l'orang-outang a la même disposition que chez la femme. Chez le semnopithèque, le cercopithèque, le macaque et le cynocéphale, on observe une disposition qui rappelle celle des organes génitaux de la vache, de la lapine et de la chatte ; l'oviducte est enveloppé dans un re-

pli du ligament large. Chez le *lemur nigrifrons* et le maki, l'ovaire est, comme chez la chienne, renfermé dans une capsule formée par le ligament.

L'orang-outang possède un parovarium analogue à celui de la femme ; on trouve aussi des traces de cet organe chez le macaque et le maki.

La structure de l'ovaire des singes est identique à celle de l'ovaire de la femme. Chez le macaque, Mac Leod a vu de nombreuses invaginations épithéliales à la surface de l'ovaire, mais elles ne renfermaient pas d'ovules primordiaux.

II. — L'auteur, dans son important mémoire, étudie la structure de l'ovaire chez deux espèces de chauves-souris, le *vespertillio murinus* et le *rhinolophus ferrum equinum*, et il rapproche ses observations de celles de ses prédécesseurs sur les ovaires des autres mammifères.

L'ovaire présente de grandes variations suivant l'âge de l'animal et selon la saison. Van Beneden ne s'est occupé que de l'ovaire de l'animal adulte ; les coupes ont été faites sur des pièces durcies par l'acide osmique et la liqueur de Kleinenberg.

L'ovaire des chauves-souris est complètement renfermé dans une capsule formée par le péritoine.

L'épithélium du pavilla se continue avec celui de l'ovaire, comme Waldeyer l'a vu chez la femme. Chez le murin, l'épithélium n'est pas nettement délimité ; il est formé de plusieurs couches de cellules de forme variable. Dans cet épithélium on trouve de grandes cellules pourvues de trois, quatre ou d'un plus grand nombre de noyaux (*nodules épithéliaux*). Ces nodules nés dans l'épithélium s'enfoncent dans le stroma, mais E. van Beneden ne sait pas quelle est leur destinée. On trouve aussi dans l'épithélium des ovules primordiaux identiques à ceux qui sont dans les jeunes follicules.

L'épithélium, chez d'autres femelles de la même espèce, est cylindrique ou réduit à une simple couche de cellules pavimenteuses.

L'auteur n'a pu découvrir aucun élément musculaire dans le stroma de l'ovaire, si ce n'est dans la paroi des vaisseaux. Le tissu du stroma est formé d'un réseau de tissu conjonctif lamelleux ou fibreux, dont les mailles sont remplies de cellules interstitielles (plasmazellen).

Dans la portion parenchymateuse de l'organe, on distingue une zone de follicules primordiaux et une zone de follicules en voie de développement. E. van Beneden n'a pu voir de membrane propre aux ovules primordiaux ; d'après lui, les cellules épithéliales du follicule viennent de l'épithélium ovarique et non des cordons médullaires, comme le pensent quelques auteurs. La thèque conjonctive est formée de cellules ordinaires du tissu conjonctif transformées en cellules interstitielles ; il existe une membrane très mince entre la thèque et l'épithélium.

L'ovule bien développé est entouré de la zone pellucide (zone radiée) et d'une couche mince granulée ; la première enveloppe est une production de la cellule-œuf ; la seconde n'apparaît que tardivement ; l'auteur ignore son origine.

Dans le vitellus de l'œuf on distingue trois couches : un noyau central clair, une couche médiane granuleuse, présentant un aspect réticulé dans les œufs durcis, et une couche périphérique claire et transparente ; la partie médiane granuleuse correspond morphologiquement au vitellus

jaune des oiseaux. La vésicule germinative présente un réseau très net, un nucléole et des pseudo-nucléoles, comme chez le lapin. Dans quelques highmore œufs, E. van Beneden a trouvé, à côté de la vésicule germinative, un autre noyau qui est probablement la vésicule embryogène de Balbiani.

On rencontre dans le stroma des ovules nus bien développés provenant de follicules atrésiés qui ont subi une métamorphose régressive semblable à celle que subissent les corps jaunes. Les cordons médullaires découverts par Waldeyer sont très développés chez le hérisson ; on en trouve dans toute l'étendue de l'ovaire, mais avec des aspects différents ; ce sont tantôt des cordons pleins, tantôt des cordons tubulaires. Ceux-ci se continuent d'une part avec les cordons pleins, d'autre part avec les canaux du corps réticulé. Ce corps réticulé, qui s'observe au hile de tous les ovaires, est constitué comme le corps d'Highmore du testicule. Ed. van Beneden n'ayant pas suivi le développement de ces divers canaux, ne se prononce pas encore sur leur signification. F. HENNEGUY.

Der Verhornungsprocess während des Embryonallebens. (Le processus de transformation cornée pendant la vie embryonnaire) par ZABLUDOWSKI (*Schenk's Mitth. aus. dem embryo. zu Wien., Band II, Hft I*, 1880).

L'apparition de la matière cornée dans le bec de l'embryon du poulet et de l'embryon du pigeon s'accompagne des modifications suivantes :

Les deux rangées de cellules qui constituent le feuillet externe (poulet du 4e au 5e jour) entrent en prolifération au niveau du bec ; les cellules de nouvelle formation contiennent des produits en forme de gouttelettes dérivées du protoplasma cellulaire et qui renferment à leur tour la masse cornée, à peu près comme les cellules adipeuses renferment la graisse (poulet du 11e et 12e, pigeon du 7e et du 8e jour).

Les gouttelettes envahissent toute la cellule et avec cette implétion progressive coïncide un durcissement des éléments du bec, durcissement qui commence à se montrer le 12e jour chez le poulet. Chez le pigeon la transformation cornée des cellules épidermiques du bec est terminée le 12e jour. ASSAKY.

Nouvelles recherches sur les organes du tact. Note de L. RANVIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 27 *décembre* 1880).

Ayant précédemment établi que les nerfs se terminent dans les corpuscules du tact du bec et de la langue des palmipèdes, par des disques situés entre des cellules spéciales (disques tactiles et cellules du tact), l'auteur a étendu ses recherches à d'autres organes et reconnu chez divers animaux domestiques des ménisques tactiles analogues aux disques déjà décrits. Pour ce qui est des corpuscules du tact de l'homme, ce n'est que par l'étude de leur développement que la structure en peut être comprise. En effet sur un nouveau-né on voit que les nerfs du tact montent dans certaines papilles de la face palmaire des doigts et se terminent à leur sommet, immédiatement au-dessous des cellules de la première rangée du corps muqueux de Malpighi, en formant une arborisation dont

les branches sont tassées les unes sur les autres; à cette époque, cette arborisation terminale, qui représente le corpuscule du tact embryonnaire, n'est mélangée d'aucune espèce d'éléments cellulaires; mais au-dessous d'elle il existe un petit amas de cellules rondes, claires et bien nettes. Or, en poursuivant cet examen sur des enfants de divers âges, on peut reconnaître, comme phases successives de la formation des corpuscules du tact, que peu à peu les cellules, d'abord amassées au-dessous de l'arborisation terminale, en gagnent les côtés, l'enveloppent et s'insinuent entre ses branches. Bientôt le tout se limite, et il se forme ainsi un lobe du corpuscule du tact; jamais on ne voit une fibre nerveuse se continuer avec une cellule du corpuscule; mais les branches de l'arborisation se terminent librement par des boutons plus ou moins aplatis. M. DUVAL.

Eine Hypothese (Une hypothèse sur la constitution de la matière vivante), par RINDFLEISCH (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, n° 43, 1880).

L'auteur, dont l'attention a été souvent appelée vers l'étude des tissus disposés en forme de réseau, est depuis longtemps enclin à considérer cette disposition comme la principale forme de cristallisation de la matière vivante.

L'espace circonscrit par les travées qui constituent un réseau a lui-même la forme réticulée, et un espace donné est divisé en deux parties égales par un réseau dont les travées et les mailles sont égales. Cet arrangement représente le plus haut degré possible de pénétration réciproque; et celle-ci est d'autant plus intime que le réseau est plus serré. Il y a encore d'autres modes de pénétration réciproque: l'une des substances formant par exemple des petites masses discrètes autour desquelles l'autre se dispose comme les alvéoles d'une ruche; ou bien un cément s'interpose entre une série de bâtonnets. Entre ces divers types, il y a des formes de transition. La pénétration est d'ailleurs plus ou moins intime.

Dans le noyau des cellules, comme dans les tissus, on trouve deux substances qui se pénètrent l'une l'autre de la manière la plus intime; l'une est un peu plus réfringente que l'autre, et elle forme un réseau élégant et très délicat. La coupe des fines trabécules a l'apparence de granulations, mais un examen fait minutieusement, en élevant et en abaissant le tube, fait reconnaître qu'il s'agit bien de filaments. La division du noyau s'accompagne de changements importants dans la constitution du réticulum qui devient plus lâche, et dont les filaments subissent diverses modifications de forme. Il y a donc un certain rapport entre la manifestation d'activité, qui correspond à la division de la cellule, et les changements qui surviennent dans la pénétration réciproque et les phénomènes de contact; il se produit une sorte de répulsion entre les deux éléments constituants de la matière vivante. On est peut-être autorisé à penser que ces deux éléments ont entre eux une adhésion variable, qui fait varier leur pénétration réciproque; cette adhésion, c'est-à-dire le degré d'attraction ou de répulsion de deux principes distincts, et doués de mouvement, peut être considérée comme la force fondamentale qui entre en jeu dans la division des noyaux.

La mobilité de la matière vivante a toutes les apparences de la spontanéité; elle peut être regardée comme la résultante de mouvements mo-

léculaires concourant à un effet commun, qui représente un déplacement de la masse.

La matière vivante se présente comme un agrégat intermédiaire à l'état solide et à l'état liquide. L'adhésion peut rendre compte des mouvements élémentaires qui s'y produisent et qui aboutissent à des changements de forme. On peut émettre l'hypothèse que les mouvements en apparence spontanés de la matière vivante sont des effets de l'adhésion variable qui s'exerce entre les divers constituants chimiques de cette matière.

Toutes les recherches qui ont eu pour objet de déterminer la constitution du protoplasma conduisent à admettre l'existence d'un stroma réticulé, canaliculé ou radié; la substance intermédiaire n'a guère attiré l'attention. Il n'est pas impossible que l'importance de l'une et de l'autre substance soit inégale, que l'une serve surtout aux manifestations de la vie, l'autre à sa propagation. G. HOMOLLE.

Zur Kritik jungerer menschlicher Embryonen (Contribution à la critique des jeunes embryons humains), par W. HIS (*Arch. f. Anat. u. Phys. — Anat. Abth. Heft VI*, 1880).

Dans un travail qui avait pour but de prouver l'existence d'une vésicule allantoïde chez l'homme, Krause a décrit et figuré un embryon humain de 8 millimètres.

His, se basant sur les dimensions de l'œil et des arcs branchiaux, sur la forme générale du cerveau, sur l'absence de *pédicule ventral*, et le peu d'indications précises quant aux enveloppes, nia la provenance humaine de l'embryon et déclara que l'embryon de 8 millimètres de Krause n'était qu'un embryon d'oiseau.

Dans ses recherches actuelles, l'auteur maintient son assertion ; il prouve par la comparaison de nombreux embryons humains que, contrairement à l'opinion de Krause, les adhérences que contracte l'embryon avec le chorion dès les premières phases du développement, n'ont rien de pathologique, et qu'elles ne prédisposent aucunement à l'avortement. L'avortement tient, en effet, soit à une influence nocive ayant agi sur la mère, soit à un vice de développement de l'embryon ; il peut arriver, dans ce dernier cas, que l'embryon meure un temps plus ou moins long avant ses enveloppes; il s'ensuivra une disproportion notable entre les dimensions de l'embryon et celles de ses membranes et des changements considérables dans les formes extérieures de l'embryon. Tous les embryons normaux du premier mois sont exactement enveloppés par l'amnios ; ce n'est qu'à partir de la 5e semaine que l'amnios commence à se détacher du corps de l'embryon. Le chorion des embryons de la fin de la 2e semaine et du commencement de la 3e présente un diamètre de 6 à 13 millimètres ; il mesure 18 à 30 millimètres pendant la 4e.

Il peut arriver aussi que l'embryon et ses enveloppes meurent à la même époque, à la suite de troubles nutritifs, et qu'ils ne soient expulsés que tardivement; l'embryon est alors opaque, macéré, son épiderme se détache, les limites des doigts, des protovertèbres, des arcs branchiaux s'effacent et il subit, grâce à une diminution de consistance, des cour-

bures anormales. La tête de l'embryon contenu dans le chorion peut, au moindre choc, se détacher du reste du corps, le cordon ombilical arracher la paroi ventrale à laquelle il s'insère. Quant à la résorption des embryons dans le chorion, le fait n'est rien moins que prouvé. ASSAKY.

I. — Besitzt der menschliche Embryo einen Schwanz (L'embryon humain possède-t-il une queue), par A. ECKER (*Arch. f. Anat. u. Phys.; Anat. Abth, Abth. II, Heft* 6, 1880).

II. — Ueber den Schwanztheil des menschlichen Embryo (De la portion caudale de l'embryon humain), par W. HIS (*Ibid.*).

III. — Replik und Compromissätze, par A. ECKER et W. HIS (*Ibid.*).

Ecker et His résument par les propositions suivantes la question de l'existence d'une queue chez l'embryon humain :

1° La dénomination de queue ne convient qu'à la portion de l'extrémité postérieure du corps de l'embryon qui dépasse le cloaque;

2° Chez les embryons mesurant 8-15 millimètres de long, la queue se présente sous la forme d'un prolongement effilé, dirigé en haut et en avant;

3° Cette queue comprend deux portions, l'une contenant des vertèbres, l'autre dépourvue de vertèbres et constituée seulement par la chorde et le tube médullaire;

4° Cette dernière portion disparaît; il n'en reste qu'une nodosité développée de la chorde dorsale;

5° L'autre portion, celle qui contient des vertèbres, persiste encore quelque temps : c'est le tubercule coccygien. Celui-ci descend au-dessous du niveau de la peau à mesure que la courbure du sacrum et du coccyx augmente, et que la ceinture pelvienne et ses muscles prennent un développement plus considérable. ASSAKY.

Beiträge zur Kenntniss der äusseren Formen jüngster menschlicher Embryonen (Contribution à l'étude des formes extérieures des très-jeunes embryons humains), par A. ECKER (*Arch. f. Anat. und Phys.; Anat. Abth. Heft VI*, 1880).

L'embryon que décrit Ecker est le troisième exemple bien connu d'embryon humain ne mesurant que 4 millimètres de long et appartenant, par suite, au premier mois du développement. Coste a figuré le premier un embryon de 4 millimètres (embryon II, *a*); il le croyait âgé de 20-25 jours. His range son embryon α (mêmes dimensions) parmi les embryons de la troisième semaine ou du commencement de la quatrième.

L'embryon d'Ecker est fortement recourbé sur lui-même; l'extrémité caudale se trouve très rapprochée de l'extrémité céphalique. Du corps même de l'embryon part un conduit qui se rend à la vésicule ombilicale; entre ce conduit et l'extrémité caudale se détache un *cordon plein*, qui va s'insérer, par une base large, sur le chorion. Il n'y a pas trace de vésicule allantoïde.

L'intestin n'est pas encore fermé; il communique au moyen d'un orifice arrondi, l'ombilic intestinal, avec la vésicule ombilicale.

Les limites entre les différentes parties du cerveau sont peu accusées, les hémisphères peu développés. La gouttière dorsale n'est pas fermée; elle est limitée de chaque côté par deux bourrelets longitudinaux séparés du reste de la paroi dorsale par deux sillons. L'œil est représenté par une dépression. L'emplacement de l'oreille, ainsi que les fossettes nasales, n'existent pas encore.

L'extrémité postérieure du corps, longue d'un demi-millimètre, est dirigée en haut et à gauche. L'auteur n'a pu observer les membres inférieurs, l'un ayant été arraché par mégarde, l'autre étant caché par la vésicule ombilicale et le cordon qui se rend au chorion. Quant aux membres supérieurs, ils ne sont représentés à cette époque que par deux saillies longitudinales à large base d'implantation. ASSAKY.

Recherches sur l'embryologie des mammifères : formation des feuillets chez le lapin, par Ed. van BENEDEN (*Archives de biologie, t. Ier, fasc.* 1, 1880).

L'auteur ne s'occupe, dans cet important mémoire, que de la formation des feuillets ; il publiera prochainement ses recherches sur la maturation et la fécondation de l'œuf et les premiers phénomènes de la segmentation.

Les ovules, pris dans l'utérus de lapins tués un nombre d'heures déterminé après l'accouplement, ont été examinés soit à l'état frais, soit après traitement par le nitrate d'argent à 1/3 0/0, ou par l'acide osmique à 1 0/0 et la liqueur de Müller. Pour les embryons plus avancés, de 5 à 9 jours, E. van Beneden a pu pratiquer des coupes après les avoir durcis dans l'acide chromique et l'alcool.

A la fin de la segmentation, au moment où l'œuf pénètre dans l'utérus, l'embryon est constitué par deux couches cellulaires distinctes ; l'une forme à sa surface le feuillet ectodermique, l'autre constitue la masse endodermique. Il existe encore à ce moment une solution de continuité dans l'ectoderme : c'est le blastopore. L'embryon est une gastrula qui se forme par épibolie dans le cours du fractionnement. E. van Beneden donne le nom de *métagastrula* à cette forme embryonnaire.

La fermeture du blastopore se fait généralement peu de temps après la pénétration de l'œuf dans l'utérus, avant l'apparition de la fente blastodermique. La position de cet orifice paraît être excentrique relativement au futur gastrodisque. Après son occlusion, le blastopore ne laisse aucune trace dans l'ectoderme.

L'ectoderme constitue dès lors une vésicule close. Le reste vitellin, qui n'est autre chose que la masse endodermique, n'est pas intercalé dans la vésicule, mais accolé à sa face interne. Les modifications successives que subissent les cellules du feuillet externe s'accomplissent simultanément sur tous les points de l'étendue de la vésicule.

La masse endodermique s'étale à la surface interne de l'ectoderme en une plaque épaisse à son milieu, plus mince sur ses bords. La partie de la vésicule ectodermique, à la face interne de laquelle s'applique la lame endodermique, forme avec elle le *gastrodisque*. L'épaississement médian

du gastrodisque, début de la tache embryonnaire, apparait dès le cinquième jour.

Au commencement du sixième jour, les cellules de la zone périphérique du gastrodisque et les cellules profondes de la tache centrale se sont transformées en cellules plates, de façon à constituer ensemble un feuillet cellulaire continu, qui est l'hypoblaste (feuillet interne). Les cellules de la tache centrale, qui n'ont pas subi cette transformation constituent une couche intermédiaire entre l'ectoderme et l'hypoblaste. Cette couche est le mésoblaste (feuillet moyen). L'hypoblaste et le mésoblaste dérivent donc de l'endoderme primitif.

A la fin du sixième jour, l'épiblaste (ectoderme ou feuillet externe) de la tache change de caractère ; de pavimenteux qu'il était, il devient un épithélium prismatique ou cylindroïde par transformation et prolifération de ses cellules. La tache embryonnaire devient alors très apparente.

Les cellules ectodermiques plates, et surtout les cellules de l'hypoblaste, présentent une structure réticulée des plus manifestes. Le protoplasma des cellules de l'épiblaste est toujours constitué en partie par des bâtonnets baciliformes qui ressemblent à des bactéries.

La tache embryonnaire, d'abord circulaire, devient ensuite ovalaire, puis piriforme. Sa partie centrale est plus claire que sa périphérie. C'est probablement cette circonstance qui a donné lieu à la méprise de Bischoff, qui a admis chez les mammifères une *area pellucida* et une *area opaca*. Le changement de forme de la tache est dû au développement de son extrémité postérieure. Son bord postérieur s'élargit et s'étend d'avant en arrière, pour donner naissance à un croissant ; l'aire embryonnaire est formée dès lors de deux parties distinctes.

Primitivement, le mésoblaste s'étend dans toute la tache embryonnaire. Au début du septième jour, il ne se trouve plus que dans les limites du croissant. La région circulaire est devenue didermique. Ce retrait du mésoderme coïncide avec l'éclaircissement de la partie médiane de l'axe embryonnaire et avec la naissance du croissant.

La théorie de Kölliker, qui fait provenir le mésoblaste du feuillet externe au niveau de la ligne primitive, est en contradiction avec les faits observés par van Beneden ; puisque, d'après ce dernier, le feuillet moyen existe deux jours au moins avant la première trace de la ligne primitive.

Le nœud de Hensen apparait avant la ligne primitive, au centre de la région circulaire. F. HENNEGUY.

PHYSIOLOGIE.

I. — **Zur Physiologie des Herzens (Contribution à la physiologie du cœur), par J.-N. LUDWIG et B. LUCHSINGER** (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p.* 211).

II. — **Ueber die Wurking directer Herzmuskelreizungen (Sur l'effet des excitations directes du muscle cardiaque), par J. ROSSBACH** (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p.* 181).

III. — **Ueber den beschleunigenden Einfluss des Nervus vagus auf die Herzbewegung (Sur l'influence accélératrice du nerf vague sur le mouvement du cœur), par F. KLUG** (*Ibid., p.* 232).

Dans une première série d'expériences, on étudie l'influence du refroidissement sur l'action du pneumogastrique. On constate qu'un abaissement suffisant de température rend le nerf vague inexcitable, même pour les courants les plus forts : dans l'intervalle de limites déterminées, l'activité croît en raison directe du degré thermique. L'emploi des températures élevées donne un résultat inattendu. Le vague reste actif aux plus hautes températures supportables ; il arrête immédiatement le cœur ; et même aux températures mortelles, il paraît avoir gagné en activité. Ces résultats s'obtiennent en examinant le cœur à sa période d'énergie décroissante : les résultats inverses observés par d'autres physiologistes tenaient à ce que l'expérience était faite dans des conditions différentes, au moment où la force et la fréquence des battements du cœur étaient accrues. On observera des effets de ce genre dans tous les cas où l'activité du cœur s'abaissera, comme dans l'emploi des anesthésiques.

Lorsque l'on remplace le sang par la solution physiologique de sel à 7/1000, le nerf vague conserve encore toute son activité. De même lorsqu'on emploie l'huile d'olive comme liquide circulatoire. Une comparaison attentive montre même que l'activité est exagérée.

Les auteurs examinent ensuite la question fort controversée des relations entre la pression et la fréquence du pouls. La pression intra-cardiaque et la fréquence des battements s'élèvent simultanément, celle-ci d'autant plus lentement que la pression était déjà plus forte. — Sur les cœurs dont le sinus veineux a été isolé par une ligature, on observe les mêmes effets. De même, enfin, en opérant avec la pointe du cœur isolée, l'on constate que le nombre des battements s'accroît avec la pression intra-ventriculaire. L'influence excitatrice de la pression se fait même sentir sur des faisceaux isolés. — L'activité du nerf pneumogastrique est aussi sous la dépendance de la pression intra-cardiaque. Plus cette pression est accrue, plus il est difficile d'arrêter le cœur par l'excitation du vague ; en même temps le cœur bat avec plus de rapidité et d'énergie,

et la paroi cardiaque est plus fortement excitée. Mais s'il se produit une élévation de pression très exagérée et momentanée, l'excitation du vague reste quelque temps sans effet. Si l'on reproduit, à diverses reprises, ces surélévations de pression, le vague se montre de nouveau actif. Quelquefois l'excitation, lorsque le cœur sera fortement distendu, pourra déterminer une accélération des battements.

On sait que, dans certaines conditions expérimentales, la pointe du cœur peut battre rythmiquement. Les auteurs s'assurent que ce rythme est sous la dépendance du milieu ambiant.

II. — Rossbach rappelle qu'il a déjà publié, en 1873, les faits retrouvés récemment par Aubert, relativement à la diastole locale du ventricule. La priorité de ces recherches que H. Aubert n'avait pas connues lui appartient donc entièrement. — Les résultats de ce travail se résument de la façon suivante : le muscle cardiaque de la grenouille répond aux diverses excitations locales, mécaniques, chimiques ou électriques qu'on porte sur lui, soit pendant la période de contraction, soit pendant la période de retour, par un relâchement des faisceaux excités. Il apparait au point excité un plissement limité et persistant. Cette partie reste inactive comme si elle avait perdu ses propriétés vitales. Les fibres n'y sont pas entièrement relâchées, mais dans l'état où elles étaient au moment de l'excitation. — Lorsque l'excitation locale saisit le cœur en relâchement diastolique, les systoles suivantes sont abrégées au point excité. Lorqu'on prolonge, sur un point déterminé, l'action d'excitants très faibles, le relâchement diastolique est toujours plus rapide et plus durable que dans les parties non excitées. — Enfin, Rossbach contredit le résultat indiqué par Aubert, à savoir que le ventricule excité localement pendant la diastole ne montre aucun relâchement pendant la systole suivante.

III. — Ces recherches relatives à la question, autrefois très débattue, de l'action primitivement accélératrice ou inhibitoire du nerf vague sur le cœur, ont conduit l'auteur à la conclusion suivante : On n'est nullement autorisé à admettre dans le nerf pneumogastrique de la grenouille l'existence de filets accélérateurs. Toute interprétation des résultats expérimentaux qui suppose cette existence est mal fondée. DASTRE.

Ueber Myocarditis und die übrigen Folgen der Vagussection bei Tauben (De la myocardite et autres conséquences de la section du pneumogastrique chez les pigeons), par Ph. KNOLL (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Band I*, *p.* 255).

Sur 89 pigeons, Knoll pratique la section des deux pneumogastriques, sur 6 la section d'un seul de ces nerfs, toujours au niveau du cou.

L'opération faite des deux côtés produit les effets suivants : accélération durable des pulsations cardiaques, ralentissement très accusé et durable des mouvements respiratoires, écartement très marqué au moment de l'inspiration et rapprochement complet au moment de l'expiration des replis arythéno-épiglottiques, ascension au moment de l'inspiration, descente au moment de l'expiration du larynx, production de mouvements de déglutition au début ou dans le cours de l'expiration,

congestion pulmonaire, enfin phénomènes d'inanition et altérations cardiaques. C'est sur ces deux derniers points que Knoll insiste surtout.

1° *Phènomènes d'inanition.* Les animaux meurent en quelques jours (de 2 à 12 jours après la double vagotomie), quelquefois d'asphyxie, le plus souvent par les progrès de l'adynamie, après avoir subi une perte de poids considérable, en général d'autant plus grande que la survie a été plus longue (de 20 à 46 0/0).

A l'autopsie, on trouve tous les signes de l'inanition : émaciation absolue, disparition presque complète de la musculature, imbibition par la bile de la muqueuse instestinale et gastrique. Enfin le contenu de l'intestin est identique à celui qu'on trouve chez les animaux chez qui la nutrition est suspendue. L'intestin est très injecté; phénomène que Knoll explique par un trouble circulatoire résultant de la section des nerfs vagues.

2° *Lésions cardiaques.* Dans la moitié des cas, pas de dégénérescence graisseuse du myocarde, ou altérations analogues à celles que l'inanition amène dans tout le système musculaire; dans l'autre moitié des cas, myocardite se produisant sous forme de foyers, et ayant les mêmes caractères histologiques que la myocardite chez l'homme.

Cette myocardite ne peut être considérée comme un phénomène purement trophique, puisqu'elle manque chez les animaux inanitiés, ou chez ceux sur qui la section d'un seul pneumogastrique a été pratiquée. Elle est due, sans doute, à l'action simultanée de plusieurs facteurs morbides : inanition, troubles circulatoires, respiratoires nécessitant une suractivité du cœur. Elle peut donc être rapprochée de la myocardite par troubles fonctionnels du cœur chez l'homme. L. D.-B.

Beiträge zur Frage über die trophischen Beziehungen des Nervus vagus zum Herzmuskel (De l'influence trophique du nerf vague sur le muscle cardiaque), par N.-P. WASSILIEFF (*Zeitsch. f. klin. Med., Band III, p.* 317, 1881).

Wassilieff a entrepris, sur le lapin et le pigeon, une série d'expériences destinées à démontrer l'influence trophique du nerf vague sur le cœur.

Le lapin dont on a coupé les deux nerfs vagues succombe rapidement à la suite de complications pulmonaires bien connues; pour obtenir une survie suffisante, l'auteur a mis à profit les deux remarques suivantes, dues à Steiner : 1° Le lapin qu'on laisse attaché après l'opération survit plus longtemps que si on le détache; car, le mucus et les corps étrangers provenant de l'œsophage ne peuvent pénétrer dans la trachée tant que l'animal est étendu sur le dos ; 2° Les fibres sensitives et motrices ne sont pas intimement mélangées dans le tronc du pneumogastrique, les fibres motrices sont dans la moitié du tronc voisine de la trachée, les fibres sensitives dans la moitié externe, d'où la possibilité de paralyser isolément les deux espèces de fibres.

Wassilieff a observé dans ses expériences une tuméfaction et une altération graisseuse des fibres cardiaques, surtout marquées pour le cœur gauche, ce qui doit être imputé à ce que la dixième paire a été coupée, et non au trouble respiratoire, ni au jeûne, ni à l'abaissement de température de l'animal.

Une autre série d'expériences a été faite sur le pigeon. Lorsqu'on

coupe les deux vagues de cet animal, le cœur dégénère ; il ne se produit pas de lésions pulmonaires, mais l'animal ne peut plus déglutir et meurt inanitié. L'auteur s'est assuré que le jeûne ne suffit pas à expliquer seul des altérations aussi considérables de la fibre musculaire.

Les résultats, suivant qu'on excite ou sectionne les nerfs, sont différents, aussi Wassilief a-t-il injecté dans le tronc des pneumogastriques des solutions irritantes, et l'on peut résumer ainsi les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Les nerfs vagues présentent au point irrité des signes d'inflammation plus ou moins marqués (périnévrite et névrite circonscrite) ;

2° Les troubles fonctionnels résultant d'une blessure des nerfs vagues sont variés, et ces différences tiennent probablement à ce que les mêmes fibres nerveuses ne sont pas toujours intéressées ;

3° Les troubles fonctionnels les plus fréquents sont les modifications de l'activité cardiaque, ralentissement, accélération du cœur, etc. ;

4° Les altérations du muscle cardiaque sont fréquentes, et le plus souvent elles sont proportionnelles à celles du nerf vague.

Wassilieff propose la théorie suivante pour expliquer les lésions du cœur dans ses expériences : le nerf vague est le nerf modérateur du cœur ; si on le coupe, le muscle cardiaque se fatigue et s'altère sous l'influence de ce surmènement. M. DEBOVE.

Die reflectorischen Beziehungen zwischen Lunge, Herz und Gefässen (Des rapports réflexes du poumon, du cœur et des vaisseaux), par Julius SOMMERBRODT (*Zeitsch. f. klin. Med., Band II, p.* 601, 1881).

Sommerbrodt étudie l'influence de la respiration ou plus exactement de la pression intrabronchique sur la circulation cardiaque et vasculaire. Il a pris dans diverses circonstances des tracés sphygmographiques, et de leur forme, notamment, de leur brusque élévation ou abaissement, il conclut à l'abaissement ou à l'élévation de la tension artérielle.

Voici, en résumé, les conclusions auxquelles il est arrivé.

1° Toute augmentation de la pression bronchique chez l'homme (déclamation, chant, accélération de la respiration, course, ascension, toux, respiration dans l'air comprimé, etc.) excite les nerfs sensibles du poumon.

2° Il en résulte :

a. Une action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs ; le tonus des vaisseaux artériels diminue, le lit sanguin s'élargit, et la pression sanguine baisse.

b. Une action réflexe sur les nerfs d'arrêt du cœur, agissant dans le sens de la dépression, les mouvements du cœur s'accélèrent. Cette action réflexe, lorsque l'augmentation de pression bronchique est légère, survient plus tard que la première et disparaît toujours plus tôt.

Ces deux actions réflexes favorisent la circulation du sang, en accélérant la vitesse de son cours, elles sont donc en même temps favorables à la secrétion rénale.

3° Lorsque l'augmentation de pression intra-bronchique persiste, par

e fait de la surcharge du cœur due à la stase sanguine veineuse, un stade court d'élévation de pression succède à l'abaissement. On observe également alors du ralentissement du pouls et de l'arythmie. Après ce stade, les causes indiquées au paragraphe 2 reprennent leur influence.

4° Les fortes élévations de pression bronchique sont d'abord des obstacles à la circulation par la stase du sang veineux, mais celle-ci ne tarde pas à être plus que compensée par les actions énumérées au paragraphe 2, si bien qu'en résumé, les fortes pressions favorisent la circulation.

5° Les augmentations légères de la pression intra-bronchique (respirations profondes et accélérées, chant, déclamation) suffisent pour provoquer les effets indiqués au paragraphe 2, sans produire de stase veineuse applicable; aussi favorisent-elles la circulation.

6° Grâce aux actions réflexes indiquées (§ 2), les muscles et les centres nerveux, pendant un travail énergique, reçoivent des matériaux et de l'oxygène en quantité plus considérable.

7° Comme les réflexes indiqués sont d'autant plus marqués que l'excitation des nerfs pulmonaires est plus forte et plus persistante et inversement, nous pouvons considérer la pression intra-bronchique comme le régulateur de la vitesse du cours du sang.

8° La même excitation des nerfs sensibles du poumon peut, en dehors des effets indiqués paragraphe 2, changer chez des sujets sains et malades le rythme du cœur (allorythmie). Une hyperexcitabilité du cœur paraît la condition préalable nécessaire. (L'allorythmie est le rythme caractérisé par des pulsations inégales, dans leur forme, survenant à des intervalles réguliers.)

9° Cette allorythmie expérimentale du cœur, jusqu'ici inconnue, est produite par l'abaissement de la tension artérielle et diffère de celle découverte par Knoll et qui dépend d'une augmentation de la pression sanguine; elle est la première preuve d'un fait jusqu'ici seulement soupçonné, à savoir que le rythme du cœur chez l'homme est changé par des actions réflexes. M. DEBOVE.

I. — Ueber die spinalen Centren der Athmung (Sur les centres médullaires pour la respiration) par LANGENDORFF et NITSCHMANN (*Archiv für Anatomie u. Physiologie, p.* 518, 1880).

II. — Ein neues specifisches regulatorisches Nervensystem des Athemcentrums (Un nouvel appareil spécifique régulateur du centre respiratoire) par J. Campbell GRAHAM (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p.* 379).

III. — Ueber die Auslösung der Athembewegungen (Sur les conditions excitatrices des mouvements respiratoires), par Max MARKWALD et H. KRONECKER (*Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin*, 30 *décembre* 1880).

IV. — Ueber die Athmung des Frosches (Rana temporaria) (Sur la respiration de la grenouille (Rana temporaria), par N. WEDENSKII (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p.* 129).

I. — Cette étude forme la première partie d'un travail consacré par Langendorff à l'innervation des mouvements respiratoires. Le résultat

principal, qui est de placer des centres respiratoires dans la moelle elle-même, concorde avec les tentatives faites plus ou moins récemment par Goltz, par Luchsinger, Dastre et Morat, etc., pour destituer de son importance exagérée le bulbe rachidien et cela au profit de la moelle. C'est le principe posé par Legallois que les nerfs qui sortent de la moelle doivent avoir leur centre fonctionnel dans cette moelle même.

Rokitansky, en 1874, empoisonne avec la strychnine des animaux chez qui la moelle allongée a été sectionnée, et il observe des mouvements respiratoires au milieu des convulsions strychniques. — Schroff (1875) observa aussi la persistance des respirations. — Les auteurs ci-dessus opèrent sur le lapin, qui présente presque exclusivement le type respiratoire abdominal. Les animaux jeunes sont les plus favorables, peut-être même les seuls favorables. On les trachéotomise; on introduit une canule en T avec un soufflet; on sectionne la moelle allongée au niveau de la pointe du calamus scriptorius.

L'activité réflexe est accrue dans le tronc tout entier. On ventile énergiquement, puis on suspend la respiration artificielle, ce qui est possible pendant assez longtemps sans qu'on voie survenir les phénomènes d'asphyxie. Pendant cette pause respiratoire, si l'on excite de quelque façon les nerfs sensitifs, on voit apparaître une contraction réflexe du diaphragme. Il suffit quelquefois pour cela d'une excitation très légère : un pincement de la peau, un pincement de la région anale. L'excitation peut provoquer une série de mouvements respiratoires. Ce cas se présente au début. Plus tard, lorsque la moelle s'épuise, l'excitation unique ne donne plus qu'un mouvement unique. — Siebert a observé des faits analogues chez la grenouille. — L'administration d'une dose légère de strychnine favorise le phénomène en accroissant l'activité réflexe. On peut s'assurer que le centre spinal respiratoire devient inexcitable à la suite d'un apport exagéré d'oxygène et reste dans cet état jusqu'à ce que cet excès se soit dissipé. On sait que pendant l'apnée l'excitation du vague ne produit plus d'effet inspiratoire, non plus que l'excitation directe du bulbe (Rosenthal, Kronecker et Markwald). L'épuisement du centre spinal est très rapide et très facile, ce qui tient vraisemblablement au choc que le système nerveux a reçu du fait de l'opération elle-même. On peut aussi, dans le cas d'excitabilité considérable, observer une expiration active.

Ces observations établiraient, aux yeux de Rosenthal, l'existence d'un centre réflexe respiratoire dans la moelle, fait qui est en accord avec l'origine médullaire du nerf phrénique.

Il reste à montrer que ce centre n'est pas seulement réflexe, qu'il est automatique. — On voit, en effet, en opérant chez les animaux nouveau-nés, survenir, après l'opération du bulbe, ces respirations spontanées. Les très jeunes chats sont favorables pour cette observation. L'injection de strychnine rend le résultat plus certain. Le rythme de ces respirations est analogue au rythme normal. C'est bien le retour de la respiration que la section du bulbe avait anéantie.

L'existence des centres respiratoires spinaux étant ainsi établie, l'auteur cherche quelles relations ils doivent avoir avec les centres respiratoires classiques du bulbe. Ceux-ci seraient des centres régulateurs, fonctionnant sous l'influence du vague et du trijumeau : ces centres seraient reliés à travers la moelle avec les centres exécutifs du phrénique et des

autres nerfs musculaires. Le mot de centre respiratoire, pris dans le sens classique, devrait s'appliquer à cet ensemble.

II. — Il y a, d'après Ludwig, Traube, dans le tronc des nerfs vagues au cou, des filets nerveux sensitifs qui déterminent une contraction réflexe des muscles inspirateurs et un relâchement des muscles expirateurs. L'auteur admet, d'autre part, qu'il y a dans le même tronc des rameaux (nerfs laryngés supérieur et inférieur), qui, à l'inverse des premiers, provoquent une contraction réflexe des muscles expirateurs et un relâchement des inspirateurs : c'est ainsi que les nerfs vagues constituent un appareil régulateur du mécanisme respiratoire.

J. Campbell Graham pense établir qu'il y a dans la cavité abdominale des nerfs sensitifs qui jouent un rôle analogue à ces deux ordres de filets pneumogastriques du thorax et qui, joints aux premiers, constitueraient le système régulateur respiratoire pour la cavité pleuropéritonéale.

On ouvre la cavité abdominale chez un lapin ; on prépare sur la plus grande longueur possible le nerf splanchnique, ce qui est facile à gauche ; on excite le bout central du nerf coupé et l'on voit la respiration s'arrêter en expiration tout aussitôt. Le diaphragme est en relâchement : les muscles expirateurs de la paroi abdominale sont fortement contractés.

L'expérience réussit encore après la section des deux vagues et du sympathique cervical : elle est encore plus nette, ce qui peut être dû à ce que, dans ce cas, les respirations sont plus profondes. Si l'on fait croître lentement et successivement l'énergie de l'excitant après la section des vagues, on voit le nombre des respirations diminuer et enfin on constate l'arrêt en expiration. Si l'on sectionne le bulbe à sa partie supérieure, les faits restent les mêmes ; de même si l'on sectionne la moelle épinière entre la 11e et la 12e vertèbre dorsale. L'effet disparaît si la section a lieu entre la 4e et la 5e vertèbre. — Les filets expirateurs réflexes arrivent donc par les splanchniques à la moelle dorsale et de là gagnent le bulbe.

D'autre part, l'excitation du bout central des splanchniques exerce encore le même effet lorsque l'animal est en état d'apnée ou de dyspnée. L'expiration produit pendant l'apnée paraît être encore plus profonde.

III. — Lorsque, chez un lapin, on sectionne transversalement le bulbe au niveau des barbes du calamus, de manière à le séparer entièrement du cerveau, la respiration normale peut se soutenir pendant plusieurs heures. Les auteurs admettent dans le bulbe l'existence de deux centres respiratoires différents : un centre inspiratoire et un centre expiratoire plus faible dont l'entrée alternative en action provoque le rythme respiratoire. L'excitation de ces centres respiratoires est provoquée par les nerfs vagues, qui peuvent être aidés en cela par d'autres nerfs centripètes, par exemple, les nerfs de la peau. La section des vagues au cou supprime la régularité de la respiration. L'excitation des bouts céphaliques de ces nerfs peut provoquer également l'inspiration ou l'expiration. L'excitation rythmique de ces nerfs par l'électricité peut déterminer, par voie réflexe, un rythme respiratoire très analogue au rythme normal. Après que les vagues ont été mis hors de cause, les excitations fortes de la peau peuvent produire des mouvements respiratoires im-

parfaits. Le centre d'inspiration et le centre d'expiration paraissent être dans un état d'antagonisme comparable à celui du vague et de l'accélérateur ou du vague et du centre vaso-moteur. — Une excitation électrique unique provoque un mouvement respiratoire : des excitations soutenues ou tétaniques périodiques déterminent une respiration rythmique. Pendant l'apnée la tétanisation des vagues peut produire des mouvements respiratoires imparfaits. La musculature respiratoire peut encore être excitée en dehors des nerfs vagues, mais les excitations doivent être alors plus fortes et plus fréquentes.

IV. — Les études sur la respiration normale de la grenouille ont été résumées par Martin dans le *Journal de physiologie de Foster* (1878). Wedenskii rappelle que le caractère principal de cette respiration consistait, d'après les auteurs, en ceci : que la pause respiratoire, au lieu de succéder à l'expiration, s'intercale entre l'inspiration et l'expiration. — L'expiration est produite par la contraction des flancs et l'ouverture passive de la fente respiratoire : l'inspiration par une contraction de la cavité buccale, rétrécissement des narines et ouverture active du larynx. Ces deux espèces de mouvements obéiraient à l'action de centres inspirateurs et expirateurs. — Outre cette respiration normale, Heinemann en a signalé une autre, consistant en des contractions rythmiques de la cavité buccale, qui ne font que ventiler cette cavité sans ventiler le poumon. — Cette respiration pharyngienne doit être absolument distinguée de la véritable respiration : ce serait, comme l'a dit Martin Saint-Ange, un vestige de la respiration branchiale de la larve. Wedenskii insiste sur ce que, pendant ces oscillations, toutes les autres parties de l'appareil respiratoire restent en repos ; que ces deux formes s'excluent réciproquement pendant la période de métamorphose ; que les actions qui modifient les véritables mouvements respiratoires n'influencent point les oscillations pharyngiennes.

Dans la réalité, la respiration de la grenouille présenterait trois types différents : un type de *mouvements de ventilation*, inspirations et expirations se succédant sans intervalle ; un type de *mouvements d'aspiration* qui vient de temps à autre interrompre le précédent ; un type de *mouvements d'évacuation*, ces deux derniers consistant en une supériorité très marquée et tout à fait dominante de l'inspiration ou de l'expiration. Ces trois types se succèdent habituellement d'une façon périodique lorsque la respiration de la grenouille est active. Il y a entre eux une différence essentielle quant au moment où intervient le mécanisme d'ouverture de la glotte.

Lorsque l'on écarte l'influence excito-motrice apportée par les rameaux du vague, le type des mouvements d'aspiration se produit très nettement. L'excitation de ces branches nerveuses produit, au contraire, la prédominance du *type d'évacuation*. Le nerf vague agit donc sur la respiration comme nerf expiratoire ; une excitation forte le fait agir comme nerf d'arrêt, en ce sens que la respiration s'arrête, que le poumon soit d'ailleurs rempli ou vide de gaz ; l'effet indiqué précédemment ne se produit qu'après cette pause. — Le nerf laryngé supérieur doit être considéré comme un des nerfs excito-moteurs qui assurent l'ouverture ou la béance des voies aériennes pour le passage de l'air. Lorsque les deux vagues ou les laryngés supérieurs sont en état d'excitation tonique

(ce qui dans la respiration normale arrive de temps à autre), l'excitation des rameaux sensitifs a le même effet que si elle était portée directement sur les nerfs en état tonique. Enfin, l'auteur signale les modifications qui surviennent dans la respiration sous l'influence des mouvements de locomotion.

DASTRE.

Neue Studien über Athembewegungen (Nouvelles études sur les mouvements respiratoires), par I. ROSENTHAL (*Archiv für Anatomie und Physiologie, Phys. Abth.*; 1re *partie*, 1880; *p.* 34-50, 2e *partie*, *p.* 39-62, 1881).

Dans la première partie de ce travail, Rosenthal s'occupe de l'effet des excitations électriques du vague sur les mouvements respiratoires.

C'est en 1860 que l'auteur annonça que l'excitation du bout central du nerf laryngé supérieur arrêtait la respiration en état d'expiration, comme Traube l'avait vu pour le tronc même du vague. Burkart put s'assurer qu'un certain nombre de filets du laryngé inférieur agissaient encore de la même façon. Hering et Breuer trouvaient, enfin, que des filets pulmonaires du vague arrêtaient encore le diaphragme en expiration. Tous ces nerfs seraient donc des nerfs inhibiteurs de l'inspiration. Pourtant on discute encore sur la question de savoir quel est l'effet de l'excitation du tronc du vague au cou, si c'est un arrêt en inspiration ou en expiration. Rosenthal reprend l'observation des faits qui succèdent à la section des deux vagues et à l'excitation de leur bout céphalique.

Pour connaître l'état du thorax, Rosenthal estime que le meilleur procédé consiste dans l'emploi de la canule œsophagienne, qui permet d'apprécier, de mesurer et d'enregistrer toutes les variations de la pression intrathoracique. On lie l'œsophage, assez haut dans la région du cou; on l'ouvre au-dessous de la ligature : on y introduit un tube recourbé qui pénètre jusque dans le médiastin postérieur. Sur ce tube œsophagien s'embranche, à angle droit, un tube présentant un robinet d'un côté, de l'autre communiquant avec le tambour de Marey. Si l'on ferme le robinet au moment où le thorax est tombé en repos, le levier inscripteur donne le point nul ou la ligne des abcisses. Les oscillations de la pression, d'une façon générale, se liront sur le tracé, à la condition de connaître l'état du thorax au moment de la fermeture du robinet. On peut encore fermer incomplètement le robinet, et l'on obtient ainsi des indications faciles à interpréter.

Un second procédé consiste à explorer directement l'état du diaphragme ; Rosenthal a proposé, à cet effet, son phrénographe modifié. C'est essentiellement un levier modelé sur la forme même du diaphragme, que l'on interpose entre cet organe et le foie.

En employant la première de ces deux méthodes, l'auteur constate les faits suivants: pendant l'excitation légère du vague, les mouvements respiratoires augmentent de nombre, diminuent d'amplitude. Le thorax n'éprouve que des oscillations faibles autour d'une position qui correspond à une ampliation permanente, mais incomplète. C'est un arrêt imparfait dans une condition intermédiaire entre l'inspiration et l'expiration complète. Avec des excitations plus fortes, les choses se passent de la même manière, seulement les oscillations respiratoires perdent encore de leur amplitude, et il y a une véritable pause. En somme,

l'excitation ne produit certainement pas d'effet expiratoire, mais on peut hésiter sur la question de savoir si les puissances inspiratoires sont véritablement accrues. L'excitation des vagues n'aurait pas d'influence sur l'activité du centre respiratoire bulbaire, mais seulement sur la manière dont ce centre met en jeu le travail musculaire et le distribue, en rendant, par exemple, les respirations plus fréquentes et moins amples. La limite extrême de cette influence est de déterminer une contraction permanente des muscles de la respiration, contraction dont la durée et la force dépendent de l'énergie de l'excitant.

Dans le second mémoire, Rosenthal s'occupe de contrôler les résultats obtenus en enregistrant les oscillations de la pression intrathoracique par l'observation des mouvements du diaphragme. Le phrénographe qu'il emploie à cet effet n'est autre chose qu'un levier à deux branches, l'une courbe qui s'interpose entre le foie et le diaphragme, l'autre droite qui transmet le mouvement à un tambour de Marey. On enregistre les mouvements normaux du diaphragme, les mêmes mouvements après la section des vagues, et l'excitation du bout céphalique de l'un de ces nerfs. Il faut exciter avec des courants relativement faibles. Les courants forts donnent des résultats irréguliers, dus à l'intervention d'éléments étrangers au problème. L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Il y a dans le vague des filets (vraisemblablement originaires du poumon) dont l'excitation agit sur le centre respiratoire, de telle façon que les mouvements respiratoires deviennent plus fréquents et plus faibles. Si l'excitation est plus forte, la respiration s'arrête dans un état d'inspiration moyenne. Ces nerfs sont nommés par Rosenthal *nerfs régulateurs ;*

2° Il y a dans le nerf laryngé supérieur des filets dont l'excitation ralentit les mouvements respiratoires, les rend plus profonds et les arrête lorsque l'excitant est très énergique. Rosenthal les appela *nerfs inhibitoires* du centre respiratoire ;

3° Il y a dans le laryngé inférieur des filets dont l'excitation provoque l'arrêt en expiration. Ceux-ci n'ont plus d'effet si l'on emploie des courants forts, si l'on narcotise les animaux ou que l'on fasse l'ablation du cerveau. Ils semblent agir simplement comme filets sensitifs à la façon des autres nerfs sensitifs ;

4° Des doses suffisantes de chloral injecté dans les veines suppriment l'action des nerfs régulateurs et laissent subsister celle des nerfs inhibitoires.

DASTRE.

Beitrag zur Wärme-Dyspnoë (Contribution à l'étude de la dyspnée produite par la chaleur), par MERTSCHINSKY (*Verhandlungen der physik. medicin Gesellschaft zu Würzburg, t. XVI, n° 4*).

Goldstein, en 1872, a eu recours à un procédé d'échauffement du sang qui consiste à enclaver la carotide du chien dans un tube métallique plein d'eau chauffée au degré qui convient. Ce moyen permet de soumettre les tissus qui sont sous la dépendance de la circulation carotidienne à une température fébrile sans modifier toutefois la température du reste du corps. On peut s'arranger de manière à éviter tous les effets accessoires tels,

par exemple, que l'échauffement de la plaie, qui pourraient amener des perturbations dans l'expérience. — En opérant avec ces précautions on constate, comme Goldstein l'avait déjà vu, que les mouvements respiratoires s'accélèrent considérablement. Il se produit une dyspnée d'un type tout à fait particulier, que l'on pourrait nommer dyspnée par échauffement céphalique. Ce qui la caractérise, c'est l'accélération de la respiration qui devient superficielle, la diminution de l'effort respiratoire. Elle se distingue par ses manifestations et par son mécanisme de la dyspnée due à l'acide carbonique. Ce type respiratoire dépend essentiellement de l'état thermique du centre respiratoire dans le bulbe rachidien. Lorsque cette température s'élève, la fréquence s'accroît. Cette cause n'est pas d'ailleurs la seule qui intervienne : l'échauffement des tissus dans le domaine circulatoire de la carotide joue aussi un rôle dans le phénomène. DASTRE.

Ueber unipolare Nervenreizung und falsche Nervenreizung durch Nebenleitung (Sur l'excitation unipolaire des nerfs et sur la pseudo-excitation produite par influence), par I. ROSENTHAL (*Archiv für Anatomie und Physiologie, Phys. Abth., p.* 62, 1881).

Si l'on met l'un des pôles de la bobine secondaire de l'appareil d'induction en rapport avec le nerf d'une patte galvanoscopique bien isolée, on n'obtient aucun phénomène tant que le second pôle reste isolé. Mais si l'on met le second pôle de la bobine en communication avec le sol, aussitôt se manifestent des contractions énergiques. Si, au contraire, on relie le muscle à la bobine primaire, l'on n'obtient plus de secousses.

On peut obtenir avec l'électricité statique des phénomènes de même nature. On prend une patte galvanoscopique bien isolée sur une plaque de verre, le nerf étant disposé dans le prolongement de l'axe du muscle. Si l'on approche brusquement une boule électrisée isolée par un pied de verre de l'extrémité du nerf, il se produit une contraction. Si l'on approche la même boule électrisée de l'extrémité du muscle, il n'y a point d'effet. Ces faits s'expliquent facilement. DASTRE.

Étude physiologique des éléments figurés du sang, et en particulier des hématoblastes, par Al. CADET (*Thèse de Paris*, 1881).

Les recherches pathologiques dans lesquelles on use de la numération des globules du sang deviennent de plus en plus fréquentes. Il est donc important d'avoir des points fixes qui puissent servir de repère. Pour cela, des recherches nombreuses sont nécessaires. La thèse de M. Cadet est, à ce propos, pleine d'intérêt. Les numérations très nombreuses, exécutées par le procédé de M. Hayem, et sous sa direction, présentent le degré voulu de précision.

Dans la première partie de son travail, l'auteur fait l'histoire des hématoblastes, puis il expose les procédés d'examen employés par M. Hayem, et quelquefois modifiés par lui. Il nous est impossible d'entrer ici dans les détails de technique : nous ne pouvons que renvoyer à l'original et à l'article des *Archives de physiologie* (1878), dans lequel M. Hayem a donné la description de son procédé.

La numération des hématoblastes a été faite sur 140 individus, dans des conditions variées d'âge, de sexe, de santé, etc. Des numérations nombreuses des globules rouges et blancs, ont été également faites. Voici les résultats auxquels est parvenu M. Cadet : « La moyenne générale des hématoblastes, dans l'espèce humaine, est de 245,000 par millimètre cube; celle des globules rouges est de 5,200,000; celle des globules blancs, de 8,200. » Ces chiffres sont un peu différents, quoique très voisins de ceux qui ont été donnés par M. Hayem, et par d'autres observateurs.

La moyenne des hématoblastes du sang de l'adulte est de 257,000, celle des globules rouges, de 5,000,000, celle des globules blancs, de 6,400.

Le sang des vieillards n'offre rien de particulier. Cependant la moyenne des hématies est un peu inférieure, elle est de 4,986,000.

La moyenne des hématoblastes chez le nouveau-né, est de 171,200; celle des globules rouges de 5,696,700; celle des globules blancs, de 19,400. La valeur globulaire est de 1,05 (comparée au sang de M. Hayem, pris comme type).

Le sang des enfants est en tous points semblable à celui de l'adulte.

Le sang de la femme est entièrement comparable à celui de l'homme et les éléments s'y trouvent dans les mêmes proportions.

La menstruation amène une augmentation dans le nombre des hématoblastes et dans celui des globules rouges. On trouve dans le sang un assez grand nombre de globules nains. La richesse en hémoglobine baisse légèrement.

Les fatigues prolongées amènent une diminution très notable dans le nombre des hématies.

Le repas provoque une augmentation sensible dans le nombre des hématoblastes, une diminution des globules rouges, une augmentation des globules blancs.

Le jeûne, plus ou moins prolongé, produit un abaissement dans le chiffre des hématoblastes, une augmentation notable dans le nombre des globules rouges et un abaissement dans le nombre des globules blancs. A. MATHIEU.

Étude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel, par E. GLEY (*Thèse de Paris*, 1881).

On a étudié depuis longtemps les modifications physiologiques produites par le travail intellectuel. Byasson (1866), Sulzer (1876), Strubing (1876), Fustier (1879), se sont préoccupés des signes chimiques de l'activité intellectuelle, production d'urée et des sulfates alcalins, augmentation d'excrétion des phosphates, acidité de l'urine. D'autres, Schiff, Bert, Lombard, Lévis, se sont occupés des modifications de température correspondantes de l'organe cérébral. Enfin, un grand nombre de mesures ont été faites de la durée nécessaire à l'accomplissement des phénomènes psychiques.

L'influence de l'acte intellectuel sur la circulation a été recherchée par Mosso, Thanhoffer, et par l'auteur du présent mémoire, qui débute par un historique de ces tentatives. Thanhoffer procédait par un examen

sphygmographique du pouls radial ; l'opération intellectuelle était un calcul mental, une multiplication. Il arrive à cette conclusion, que l'activité cérébrale a sur le pouls une influence incontestable et que la respiration modifie cette action. Gley reproche à Thanhoffer, de ne s'être pas mis à l'abri des excitations sensorielles et de l'influence même de la respiration. C'est Mosso qui en 1875 a commencé l'étude de la question. Il a observé directement les mouvements du cerveau par une perte de subtance des os frontaux ; il a observé l'état des vaisseaux de l'avant-bras au moyen du pléthysmographe. Il y aurait au moment du travail intellectuel une dilatation des vaisseaux du cerveau, une diminution de calibre des vaisseaux du bras. Le cerveau augmente de volume. Le pouls de l'avant-bras est plus fréquent, plus petit, catacrote au lieu d'anacrote qu'il était. Ces phénomènes ne sont pas dus à l'influence de la respiration. Gley explore le pouls carotidien au moyen d'un tambour cardiographique sur lui-même. Il se livre à un travail cérébral, tel que lecture philosophique, démonstration géométrique, opération arithmétique. Il constate ainsi pendant le travail intellectuel : 1° l'augmentation du nombre des battements du cœur qui paraît être en raison directe de l'attention ; 2° la dilatation de l'artère carotide et le dicrotisme plus marqué du pouls carotidien : des phénomènes inverses à l'artère radiale ; 3° ces caractères persistent après que l'activité cérébrale a cessé. Ils ne tiennent pas à une modification réelle de l'activité cardiaque ; ils ne tiennent pas davantage à une perturbation respiratoire. C'est un effet vaso-moteur. DASTRE.

Ueber den Einfluss der Musik auf den Blutkreislauf (Influence de la musique sur la circulation du sang), par J. DOGIEL (*Archiv für Anatomie und Physiologie, p.* 416, 1880).

Dogiel rappelle qu'Aristote voyait dans la musique l'un des plus puissants moyens d'éducation, que Platon voulait que toute la jeunesse y fût exercée de treize à seize ans, et que Pythagore la considérait comme une branche de la thérapeutique. Récemment Couty et Charpentier ont recherché l'action exercée par les excitations sensorielles sur les battements du cœur. Dogiel se propose plus particulièrement de connaître l'influence des sensations musicales, chez l'homme, au moyen du plethysmographe, et chez le lapin, le chat et le chien au moyen du manomètre carotidien. On fait de la musique à ces animaux avec la clarinette, le violon, la flûte ; ou bien l'on se contente du simple sifflet ou même des résonateurs de Kœnig. L'animal est strychnisé ou curarisé, ou morphinisé. On constate les résultats suivants : Le nombre des battements du cœur est augmenté surtout lorsque l'animal a reçu de la strychnine ; tout au moins la force des battements est accrue. Le son du sifflet ralentit le cœur et détermine des contractions des muscles. Le rythme ne reste pas toujours régulier. La pression sanguine éprouve des variations en rapport avec la hauteur et l'intensité du son ; elle peut s'élever au double de sa valeur primitive. Le timbre a aussi une influence. Parmi les chiens, les effets sont plus ou moins marqués suivant les différentes races.

Dogiel résume ses observations dans les propositions suivantes :

1. — La musique exerce une influence sur la circulation chez les animaux aussi bien que chez l'homme.

2. — La pression sanguine tantôt s'élève et tantôt s'abaisse. Ces oscillations dépendent principalement de l'influence que l'excitation de l'oreille exerce sur la moelle allongée par l'intermédiaire des nerfs auditifs.

3. — L'action se traduit par une accélération des contractions cardiaques et un accroissement d'énergie des centres automoteurs du cœur.

4. — Les oscillations circulatoires dues à la musique concordent avec des changements respiratoires.

5. — La strychnine accroît, le curare restreint l'influence de la musique ; les narcotiques la diminuent aussi.

6. — Les oscillations circulatoires dépendent de la hauteur, de l'intensité et du timbre des sons.

7. — Les conditions particulières de nationalité et d'individualité interviennent pour une part notable dans les effets produits. DASTRE.

Étude sur la distribution des racines motrices dans les muscles du membre inférieur, par Paul BERT et MARCACCI (*Société de biologie*, 18 *juillet* 1881).

Les auteurs de ce travail ont excité isolément chaque racine du plexus lombaire chez le chien et le chat, et ont recherché quels étaient les groupes musculaires entrant en activité. L'animal était immobilisé par la section du bulbe : les racines sectionnées et préparées de manière à être excitées sans dérivation ; les muscles observés directement après écorchement et isolément pratiqués avec précaution. On constate alors que :

1° La première racine lombaire fait contracter les muscles couturier et droit antérieurs (réunis), et le psoas fléchisseur, de la cuisse sur le tronc.

2° La deuxième racine fait contracter les faisceaux extenseurs de la partie antérieure du vaste externe et d'une portion du tenseur du fascialata.

3° La troisième racine agit d'une manière analogue sur une partie du vaste externe et sur la partie antérieure du muscle renforci (qui précisément sert à l'extension, tandis que la postérieure sert à la flexion).

4° La quatrième racine commande deux ordres de mouvements ; dans les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse (partie postérieure du renforci, demi-tendineux, demi-membraneux) ; en second lieu, dans les extenseurs de la cuisse, curvatus, arcuatus de Strauss-Durckheim. Ces mouvements ne sont nullement contradictoires. La quatrième racine est une racine complexe.

5° La cinquième racine préside aux mouvements de la queue.

Il résulte de cette étude préliminaire que l'innervation du membre inférieur présente dès l'origine médullaire une systématisation fonctionnelle, les filets moteurs émanés à un niveau donné, se distribuant à des masses musculaires synergiques et concourant ainsi à un mouvement associé. L'unité anatomique d'un muscle n'a pas de correspondance dans l'ordre physiologique. La *masse* musculaire peut se diviser fonctionnel-

lement en faisceaux isolément actifs pour l'exécution de mouvements divers et même contraires. Au contraire, la distribution nerveuse est en rapport avec la fonction. DASTRE.

Der Zuckungsverlauf als Merkmal der Muskelart (Le processus de la secousse considéré comme un caractère distinctif de l'espèce du muscle), par J.-Th. CASH (*Archiv für Anatomie und Physiologie, Supplement Band, p.* 147, 1880).

Après les observations de Haller (1762) et de Valentin (1844) sur la rapidité de la contraction des différents muscles, E. Weber, en 1846, appelait l'attention sur l'intime relation qui existe entre les caractères du mouvement et la forme du muscle. Les différents muscles de la vie organique ont une rapidité de contraction très inégale, depuis celle de l'uretère et de la vésicule biliaire, jusqu'à celle de l'intestin grêle du lapin et celle de l'estomac, de l'iris, des canalicules séminifères et de l'intestin. Le cœur venait clore la série en présentant la rapidité maxima. Après Helmholtz, Marey a fait quelques déterminations de la durée de secousse pour les muscles striés de différents animaux; oiseaux, grenouilles, tortues. Fick, en 1863, a noté la durée de la contraction du muscle de la coquille de l'anodonte. Enfin Ranvier a insisté sur la différence de durée de contraction des muscles blancs et des muscles rouges du lapin et de la raie. L'auteur du présent mémoire a entrepris de comparer la secousse des muscles striés des membres de divers animaux; grenouilles, tortues et lapin avec la contraction cardiaque.

Le ventricule de la grenouille a une durée de contraction de 6" à 0° et de 0",5 à 30° : sa valeur moyenne est 1" vers 15°. Le gastrocnémien a une durée de contraction de 0",1. On peut faire un tableau des durées de contraction des autres muscles striés du même animal. Le même tableau peut être dressé pour la tortue. De même pour le lapin, où le muscle soléaire présente une durée de 1" (muscle rouge) et la gastrocnémien mus cle blanc) une durée de 0",2. Ces déterminations n'ont rien d'absolu parce qu'elles dépendent en effet de la température, de la charge, de l'extension, de la fatigue et de toutes les circonstances qui influent sur l'irritabilité et la contractilité. Mais si les déterminations n'ont pas de valeur absolue elles conservent une valeur relative constante.

La forme de la courbe musculaire a plus d'importance. Quelquefois elle est caractéristique et donne pour ainsi dire le signalement du muscle. La charge n'influe pas sur la forme de contraction du gastrocnémien, elle ne fait qu'en diminuer l'amplitude et la durée. On peut avoir de même les courbes du demi-membraneux, celles du triceps fémoral étudié par Du Bois-Reymond et Kronecker, celles de l'hyoglosse, muscle qui a servi aux études de E. Weber sur l'élasticité et la contractilité musculaires. Il ne peut soulever que des charges très faibles, et il est de tous les muscles de la grenouille celui dont la contraction est la plus lente. Dans les courbes du triceps, du demi-membraneux et du grêle, le maximum correspond à peu près au milieu de la durée moyenne de la contraction, pour le gastrocnémien au dernier tiers, de sorte que le second versant du tracé est beaucoup plus déclive que le premier.

L'étude des différents muscles de la testudo-grœca faite aux mêmes points de vue fournit des résultats analogues. H. Kronecker et W. Stirling dans leur travail sur la genèse du tétanos, ont étudié les courbes de secousse des muscles blancs et rouges chez le lapin. Cash n'avait plus qu'à étudier les effets de la surcharge. La forme des courbes n'est pas changée. L'accroissement de charge ne commence à faire fléchir la courbe qu'à partir d'une certaine valeur. DASTRE.

Ueber ungleichzeitige Thätigkeit beider Zwerchfellshälften (Sur l'absence de synchronisme dans l'activité des deux moitiés du diaphragme), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Anat. und Physiol., Phys. Abth., p.* 78, 1881).

Ce travail forme la seconde partie d'une série d'études sur l'innervation des mouvements respiratoires.

Une section médiane de la moelle allongée laisse subsister (Longet) le synchronisme des deux moitiés du diaphragme. Les choses ne se passent plus de même lorsque l'on a coupé l'un des nerfs vagues ou les deux : la fréquence des contractions devient moindre du côté opéré. L'excitation du trijumeau du côté opéré détermine un arrêt de la moitié correspondante du diaphragme. L'arrêt se produit encore lorsque les vagues sont intacts : il suffit de la section longitudinale de la moelle allongée. Les expériences rapportées par l'auteur à l'appui de ces assertions ont été exécutées sur des lapins.

Des faits de ce genre ont pu être interprétés par l'auteur lui-même comme résultant de l'action isolée des deux centres respiratoires, dont Longet, Volkmann et Schiff admettaient l'existence dans les deux moitiés du bulbe. Mais Langendorff pense avoir démontré que les véritables centres respiratoires siègent dans la moelle, et que le bulbe ne possède que des appareils régulateurs qui en harmonisent l'action. C'est la synergie de ces centres régulateurs bulbaires qui est détruite par la section longitudinale du bulbe. Cette section fait disparaître les communications qui existent d'un côté à l'autre entre le centre respiratoire (noyau du nerf phrénique) et le noyau du trijumeau. Les réactions unilatérales subsistent seules dans ce cas. Dans les circonstances normales, ces faisceaux croisés s'opposent à ce que les excitations du vague ou du trijumeau détruisent la synergie des deux moitiés du diaphragme.

DASTRE.

Nach einige Worte zur Frage der Function der halbkreisförmigen Canäle des Ohres (Encore quelques mots sur la question des fonctions des canaux semi-circulaires de l'oreille), par C. SPAMER (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p.* 177).

Baginsky a fait dans l'oreille moyenne du lapin des injections qui ont été suivies de rotation de la tête et de nystagmus. Il a expliqué ces effets en admettant que le liquide déchire la fenêtre ronde et pénètre par la rampe tympanique et l'aqueduc cochléaire dans l'espace subdural. Il a cherché à établir aussi que les troubles de la locomotion déterminés par les opérations sur les canaux semi-circulaires résultaient de lésions cé-

rébrales. C'est contre cette vue que Spamer élève des objections. Il fait d'abord observer que l'ablation du labyrinthe tout entier n'a pas des conséquences comparables aux opérations faites sur les canaux semi-circulaires bien qu'il y ait dans ce cas rupture du conduit auditif interne et arrachement du nerf acoustique. Le fait que l'oreille interne tout entière, y compris les canaux, aurait été détruite par inflammation sans que l'on ait observé les vertiges, n'a pas une valeur irrésistible. Spamer déclare, en effet, que c'est l'excitation des canaux qui provoque les troubles de l'équilibre permanent, mais que la destruction ne produit que des troubles passagers. Ces perturbations ont d'ailleurs été observées dans le cas d'inflammation chronique, et si Baginsky ne les a pas aperçus, cela peut tenir à ce que l'inflammation aboutirait trop rapidement à la destruction. — Baginsky a vu encore que les opérations sur les canaux étaient presque immanquablement suivies d'hémorragies superficielles ou profondes dans le cervelet, la moelle allongée et les corps restiformes. Spamer malgré une étude attentive n'a pas vu d'altérations de ce genre dans les cas qu'il a observés, et il rejetait l'opération comme mal réussie, lorsqu'il les constatait. Dans la pensée de l'auteur, les troubles moteurs qui se produisent immédiatement après la destruction d'un canal seraient dus à l'écoulement du liquide cérébro-spinal. Toutefois, dans cette hypothèse, les mouvements devraient toujours être identiques; et ils ne le sont pas : il y a bien, le plus souvent, une déviation et même des chutes du côté opéré, mais d'autres fois il y a des mouvements de recul ou des désordres locomoteurs plus compliqués. Enfin, l'altération fonctionnelle paraît être en proportion de l'étendue de la lésion portée sur le canal semi-circulaire. Un autre fait qui n'est pas d'accord avec l'interprétation de Baginsky, c'est que les sections transversales sont plus efficaces que les longitudinales : enfin l'action très rapide et très efficace du thermocautère porté dans le canal ne semble pas pouvoir s'étendre jusqu'au cerveau. DASTRE.

Ein chemischer Unterschied zwischen lebendigem und todtem Protoplasma (Différence chimique entre le protoplasma vivant et le protoplasma mort), par O. LŒW et Th. BOKORNY (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p. 150*).

Le protoplasma vivant possède à un haut degré la faculté de réduire dans leurs dissolutions les métaux précieux. Cette faculté disparaîtrait dès que le protoplasma est frappé de mort. Les auteurs tirent de là cette conclusion, que le caractère essentiel du phénomène vital réside précisément dans cette faculté de réduction. Les groupements atomiques de la matière protoplasmique, substratum vital, sont considérés par Loew et Bokorny, d'après les données actuelles de la chimie physiologique, comme appartenant au groupe des aldéhydes. DASTRE.

Ueber reflectorischen Speichelfluss nach Conjunctivalreizung, sowie über Gewinnung isolirten Drüsenspeichels (Sur l'écoulement réflexe de salive après l'excitation de la conjonctive et sur le moyen d'obtenir isolément la salive de chaque glande), par Th. ASCHENBRANDT (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p.* 101).

L'instillation de sulfate d'atropine dans l'œil, chez le chat, provoque une salivation abondante. L'auteur prend pour point de départ cette observation de Michel (1880). Il constate les faits suivants :

Tous les liquides capables d'irriter la conjonctive produisent chez tous les carnivores, chiens, chats, etc., un écoulement de salive. L'irritation peut être très faible. La sécrétion de la parotide est sous l'influence du nerf glosso-pharyngien. Le tronc du facial n'a point de participation à la salivation. Le sympathique n'est pas mis en action par l'excitation de la conjonctive. Les trois glandes salivaires sont intéressées dans ce phénomène de salivation réflexe ; la sécrétion lacrymale se produit souvent par action réflexe dans les mêmes circonstances. Il est possible d'obtenir isolément la salive sublinguale qui, jusqu'à présent, n'avait pu être recueillie à part.

L'électrisation de la corde du tympan fournit une salive claire de réaction alcaline très marquée. L'excitation conjonctivale, après section de la corde du tympan, fournit une salive trouble, riche en mucine et en albumine. L'excitation électrique du nerf lingual fournit une salive visqueuse plus filante que celle que donne l'électrisation de la corde du tympan. Après section du nerf lingual l'excitation de la conjonctive fournit une salive trouble et abondante. L'électrisation du ganglion sous-maxillaire fournit une salive visqueuse et filante. En combinant les excitations de la corde et du nerf lingual, on obtient une salive fluide et faiblement alcaline. L'électrisation du rameau auriculo-temporal détermine l'écoulement d'un liquide salivaire visqueux et mousseux. Lorsque ce nerf a été coupé, l'excitation de la conjonctive fait écouler une salive claire.

Après section de la corde du tympan du nerf lingual, du rameau auriculo-temporal et du nerf pétreux superficiel, l'excitation conjonctivale fournit encore de la salive : rien du côté opposé.

L'extirpation de la parotide, d'un côté, laisse subsister l'écoulement de salive mixte par excitation conjonctivale. L'autre parotide sécrète. L'extirpation des deux parotides ne laisse plus issue, par excitation conjonctivale, qu'à un liquide clair, filant, sans granulations muqueuses. L'excitation conjonctivale, du côté où les trois glandes ont été extirpées, provoque encore une salivation ; l'excitation conjonctivale du côté opposé n'en produit plus. DASTRE.

Die Einwirkung der Leber auf Pepton (Action du foie sur les peptones), par SEEGEN (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p.* 165).

On sait que Seegen et Kratschmer soutiennent que le sucre du foie peut se former directement au moyen d'une autre matière que le glycogène hépatique, seule source indiquée par Cl. Bernard et qui reste la princi-

pale. Ils se fondent pour soutenir leur opinion sur des analyses qui démontrent une formation de sucre sans destruction de glycogène. — Seegen admet que cette production a lieu aux dépens des matières albuminoïdes et il cherche à pénétrer le mécanisme physiologique de cette formation supposée. Il porte son attention sur les albuminoïdes amenés au foie par la veine-porte sur les peptones. Le foie est mis en digestion avec des peptones et l'on recherche si ces peptones sont utilisées pour la formation du sucre. Pour cela, l'animal venant d'être sacrifié, on prend deux morceaux du foie, que l'on coupe en fragments et que l'on laisse pendant 24 à 48 heures, l'un dans l'eau distillée, l'autre dans une solution de peptone. Après ce laps de temps l'on analyse le sucre et les hydrates de carbone. L'expérience établit que non seulement le sucre du foie a augmenté dans le fragment traité par les peptones mais que les hydrates de carbone y ont diminué. Seegen conclut d'expériences analogues que dans les fragments de foie laissés une heure environ en contact avec la solution peptique, la quantité de sucre et la quantité d'hydrate de carbone sont plus considérables que dans les fragments qui n'ont pas subi le contact des peptones. Il résulterait de là que le foie serait en état de former aux dépens des peptones du sucre et des hydrates de carbone transformables en sucre. DASTRE.

Ueber die Bildungstatte der Harnsäure im Organismus (Sur les lieux de production de l'acide urique dans l'organisme, par V. SCHRÖDER (*Arch. für Anatomie und Physiologie, Supplément Band, p.* 113, 1880).

Knieriem a montré que dans l'organisme des oiseaux, le glycocolle, la leucine, l'asparagine et l'acide aspartique se transformaient en acide urique. L'ammoniaque est dans le même cas. Cette dernière transformation, irréalisable par la chimie de laboratoire, est des plus difficiles à comprendre. Pour l'aborder fructueusement, Schröder s'est d'abord proposé de chercher dans quels organes se forme l'acide urique chez les oiseaux. Il se trouvait d'abord en présence des résultats contradictoires de Zalesky, Meissner, Paulinoff et Salkowski. L'expérience devait être reprise. Schröder a réussi à pratiquer la néphrotomie chez le poulet, opération beaucoup plus hasardeuse que chez les mammifères, elle nécessite la ligature de l'aorte et de la veine-cave. L'animal est paralysé du train postérieur, mais il continue à vivre pendant 8 à 9 heures. Après la mort, on le conserve dans la glace jusqu'au moment des analyses. En examinant le cœur et les poumons on y trouve alors une quantité notable d'acide urique, de 10 à 25 pour 1,000. Il résulterait de là que chez le poulet, l'acide urique ne se forme pas seulement dans les reins. Dans une seconde série d'opérations, on isole le rein du reste de l'organisme en interrompant ses communications sanguines par la ligature de la veine cave et de l'aorte au-dessus des vaisseaux rénaux. Des épreuves préliminaires faites avec des injections de carmin d'indigo, avaient appris que l'opération réussit à supprimer toute communication du rein avec le reste de l'organisme. On injecta alors dans le jabot, ou dans la cavité péritonéale du carbonate d'ammoniaque ou de l'urée. On retrouva dans le cœur et les poumons de l'acide urique en quantité supérieure à celle que l'on obtenait précédemment.

Schröder exécuta ensuite des opérations analogues sur les reptiles, et il conclut que ni chez ces animaux, ni chez les oiseaux, les reins ne sont le lieu de formation de l'acide urique, au moins exclusif. Ce résultat est susceptible d'extension et peut éclairer quelques questions de physiologie ou de pathologie humaine. DASTRE.

Ueber die Gallenbildung beim Hunde (Sur la formation de la bile chez le chien, par SPIRO (*Archiv für Anatomie und Physiologie, Supplément Band, p.* 50, 1880).

L'auteur pratique une fistule biliaire de manière à recueillir la totalité de la bile. Il analyse le liquide à différents points de vue et dans diverses circonstances. D'abord, il détermine la teneur en soufre, puis la teneur en azote ; la quantité relative de l'eau et des matières solides ; les variations de la quantité de soufre éliminé par cette voie en fonction de la quantité et de l'espèce de l'alimentation. Il cherche d'un autre côté l'influence qu'exerce la variation du soufre de l'alimentation sur la formation de l'acide taurocholique, puis l'excrétion quotidienne de l'azote par la bile. Il détermine les variations de la quantité de bile excrétée aux différents moments. Enfin, dans un dernier chapitre il cherche comment l'écoulement de la bile au dehors modifie l'élimination du soufre par l'urine.

Tous ces résultats numériques ont un intérêt pour une étude détaillée de la fonction biliaire : il serait difficile de les analyser complètement. On trouvera des indications utiles sur la manière de pratiquer la fistule, de recueillir le liquide excrété et de le conserver jusqu'au moment des analyses. Quant aux analyses elles-mêmes du soufre et de l'azote, les procédés choisis par l'auteur, parmi ceux que fournit la chimie, sont également décrits avec soin. DASTRE.

Eine neue Methode für die Untersuchung der Functionen des Dünndarms (Nouvelle méthode pour l'étude des fonctions de l'intestin grêle) par G. SALVIOLI (*Archiv für Anatomie und Physiologie, Supplément Band, p.* 95, 1880).

L'auteur s'est, après beaucoup d'autres, proposé de conserver à l'état vivant des fragments du tube digestif, séparés de l'organisme, de façon à pouvoir en étudier le fonctionnement. Il y a réussi en partie en opérant de la manière suivante : on enlève aussitôt après la mort du lapin ou du chien (tué par hémorragie) un fragment convenablement choisi de l'intestin grêle, avec la portion de mésentère qui lui correspond. On l'étale sur une plaque de liège ; on prépare l'artère et la veine mésentérique principale en ayant soin de lier les branches sectionnées, et on pratique une circulation artificielle au moyen d'un appareil convenable. La préparation est disposée au-dessus d'un bain chauffé à 40°, dans une sorte de chambre humide qui elle-même est à 38°. L'appareil à circulation artificielle présentait d'ailleurs une disposition spéciale permettant d'enregistrer la vitesse avec laquelle se faisait la circulation. Le liquide, qui a paru le plus convenable pour cette circulation, était composé de

30 parties de sang de veau et de 70 parties d'une solution salée à 7,5 p. 1000. La température du bain était maintenue constante au moyen d'un régulateur. Un dispositif particulier composé essentiellement d'un levier léger, dont l'une des branches s'appuie sur l'intestin, tandis que l'autre inscrit sur le cylindre tournant, permet d'enregistrer les mouvements. L'expérience peut être prolongée pendant quatre à cinq heures sans qu'il y ait d'altération notable des propriétés de l'organe. On observe alors les faits suivants :

Tant que circule dans l'intestin un sang apnéique, l'on n'observe aucun mouvement de l'intestin. Le graphique est une ligne droite ou une ligne très légèrement ondulée, indiquant des contractions fort légères. Dès que la circulation est suspendue, l'on voit survenir, au contraire, des contractions régulières dont chacune offre une durée de 8 à 10 secondes, le relâchement étant d'ailleurs plus court que la période de contraction. Le rétablissement du courant sanguin les fait aussitôt cesser. Salvioli appelle ces secousses : « contractions anémiques ». Le sang privé d'oxygène les fait cesser aussi bien que le mélange assimilé par Salvioli au sang apnéique. On peut rapprocher des contractions apnéiques celles que l'on observe à la fin de l'expérience lorsque celle-ci a été prolongée longtemps. On pourrait comparer ces contractions à celles qui se produisent chez l'animal vivant lorsque l'on supprime la circulation artérielle, et que Schiff, Basch et Mayer et autres observateurs avaient déjà fait connaître. Ces résultats s'expliqueraient en admettant qu'il se forme par le fait de l'arrêt circulatoire une substance capable d'exciter les mouvements de l'intestin et que le courant sanguin entraîne continuellement.

Lorsque l'on mélange des peptones au liquide circulatoire, l'irritabilité de l'intestin semble augmentée ; et l'on observe bientôt une série irrégulière de secousses énergiques et faibles. La circulation s'accélère ; il se produit une tuméfaction de la muqueuse, et des arborisations hémorragiques.

Parmi les poisons, la nicotine exerce une action remarquable sur les mouvements de l'intestin. Elle fait d'abord contracter, puis paralyse les artérioles, ainsi que l'ont vu beaucoup d'observateurs, Cl. Bernard, Surminky, Basch, Oser, Truhart, O. Nasse. Il se produit des contractions qui peuvent passer au tétanos. Si l'on fait succéder au courant nicotinique un courant apnéique, les muscles des artères reviennent au repos plus rapidement que ceux de l'intestin. L'atropine dilate les vaisseaux et laisse les muscles intestinaux au repos. Avec l'opium, les vaisseaux s'élargissent, la circulation artificielle devient de 5 à 7 fois plus abondante. Les muscles de l'intestin sont dans un état soutenu de contraction moyenne.

Quant à la contraction péristaltique, on sait qu'Engelmann l'attribue à une propagation de fibre à fibre plutôt qu'à l'action du système nerveux. Salvioli étudie cette propagation au moyen de deux leviers placés à des distances variables l'un de l'autre. DASTRE.

Ueber den Einfluss des Rückenmarks auf die Harnsecretion (Influence de la moelle épinière sur la sécrétion urinaire), par BARNEY SACHS (*Archiv für die gesammte Physiologie, t. XXV, p. 293*).

Les travaux de Cl. Bernard ont fait connaître le premier exemple d'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire. La quantité et la composition de l'urine sont modifiées par la piqûre du quatrième ventricule. L'excitation des ganglions supérieurs de la chaîne thoracique accroît l'activité des reins. La section de la moelle cervicale à la partie inférieure l'arrêterait complètement, d'après Eckhard. Les nerfs *splanchniques* paraissent jouer un rôle important dans le processus de cette sécrétion, d'après le même auteur, qui inclinait à considérer la moelle cervicale et dorsale comme nécessaires à la sécrétion urinaire. Une analyse plus approfondie a montré à Ustimowitch (1870) que le phénomène était dû à la condition particulière de la pression sanguine, la sécrétion s'élevant ou s'abaissant, suivant que la pression elle-même s'accroît ou diminue. D'autre part, Grützner a fait voir que la pression dans l'artère rénale était différente de celle de la carotide. Il a enfin observé la pâleur du tissu rénal, provoquée par l'excitation de la moelle épinière.

Barney Sachs reprend les expériences de section de la moelle à différents niveaux et recherche les modifications consécutives subies par la sécrétion urinaire. Ces expériences ne permettent point d'assigner à la moelle aucune influence nerveuse directe sur l'activité rénale. Les sections n'entravent point la sécrétion, ou ne l'influencent que d'une manière peu marquée. Il a été remarqué, au cours de ces recherches, que la quantité d'urine diminuait dans tous les cas où les opérations atteignant l'appareil urinaire, amenaient des délabrements considérables.

Si, par une section de la moelle cervicale, l'on abaisse la pression sanguine, on voit alors la sécrétion se tarir. Mais ce n'est point là une conséquence d'une action directe sur le rein ; d'autre part, les rapports entre la pression sanguine et la sécrétion urinaire ne sont pas tout à fait simples, car, dans certains cas, des oscillations notables de cette pression n'exerçaient pas d'influence sur la quantité d'urine. S'il y a des appareils nerveux régulateurs de la sécrétion urinaire, ces appareils ne sont certainement pas représentés dans le segment de moelle compris entre la troisième vertèbre cervicale et la deuxième dorsale, et par conséquent il n'y a point de filets sécréteurs qui, comme on l'a dit, viendraient de la moelle allongée et chemineraient dans la moelle cervico-dorsale.

BASTRE.

Das Blasenepithel bei verschiedenen Füllungszuständen der Blase (De l'épithélium vésical dans les divers états de réplétion de la vessie, par B. LONDON (*Archiv für Anatomie und Physiologie, Phys. Abth., p.* 317, 1881).

La question de savoir si la vessie peut reprendre, par absorption, une partie de son contenu a été fréquemment discutée par les physiologistes et par les pathologistes. Les divergences tiennent certainement à ce que des substances différentes se comportent différemment, ou bien à ce que la muqueuse vésicale se trouve dans des conditions différentes

d'une expérience à l'autre. Parmi ces conditions diverses de la muqueuse vésicale, il en est une qui se rattache à son état de réplétion. B. London s'est proposé d'en rechercher l'influence. L'épithélium vésical est formé de quatre ou cinq couches de cellules plates, mais sa constitution est-elle la même dans l'état de vacuité et dans l'état de réplétion? L'auteur examine des vessies de chien, à l'état frais. La vessie est distendue, non par introduction d'un liquide dans l'intérieur, mais par aspiration produite extérieurement: la surface était mise en contact avec une solution d'acide chromique à 1/6 0/0. Dans d'autres cas, on enlevait la vessie pleine d'urine et on la plaçait pendant vingt-quatre heures dans l'acide chromique à 1/6 0/0. En recueillant l'urine, on connaissait la capacité intérieure de l'organe. On faisait ensuite la préparation microscopique. On mesurait l'épaisseur de l'épithélium sur des coupes perpendiculaires à la surface. Il résulte de ces mesures ce premier fait, que l'épaisseur moyenne de la couche épithéliale présente des différences considérables d'une vessie à l'autre, de 4μ, par exemple, à 51μ. Ces différences d'épaisseur sont en rapport avec l'état de distension de l'organe. Celle de 4μ contenait 580 centimètres cubes d'urine; celle de 51μ n'en contenait que 5. L'épaisseur de l'épithélium diminue donc lorsqu'il doit recouvrir une surface plus étendue. Les plissements de la muqueuse qui se produisent dans les étals de faible réplétion font que l'accroissement de surface n'est pas toujours proportionnel à l'accroissement d'épaisseur. A égalité de réplétion, c'est la vessie appartenant à l'animal de plus grande taille qui a la couche épithéliale la plus épaisse. DASTRE.

Sur un nouveau thermographe, note de MAREY (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 20 *juillet* 1881).

En mettant en communication avec un petit tube de Bourdon un thermomètre à huile, Marey a obtenu un thermographe qui permet d'enregistrer simultanément les variations de température dans une partie profonde et dans une partie superficielle de l'organisme. Avec cet appareil, il a pu constater que, sous l'influence du resserrement vasculaire, la chaleur s'accumule dans les parties centrales, de sorte que l'animal présente ce singulier contraste d'un froid extrême à l'extérieur et d'une chaleur exagérée au dedans. Un relâchement vasculaire, accélérant la circulation générale, jette au contraire la chaleur aux surfaces, et, tout en produisant une élévation de la température superficielle, refroidira l'intérieur du corps. Si, au contraire, il s'agit des phénomènes modifiant non plus la distribution, mais bien la production même de chaleur, alors on ne note plus un antagonisme, mais bien un parallélisme entre les variations profondes et superficielles de la température : ainsi l'inanition refroidit à la fois le centre et la périphérie du corps. M. DUVAL.

CHIMIE MÉDICALE.

Zur Kenntniss der activen Sauerstoffs (Étude de l'oxygène actif), par E. BAUMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. V, p.* 244, 1881).

L'oxygène présente trois modifications : l'oxygène ordinaire $(O)^2$, l'oxygène actif (O), l'ozone $(O)^3$. L'oxygène actif est le plus puissant agent d'oxydation connu ; il peut s'unir à l'oxygène ordinaire $(O)^2$ pour produire l'ozone $(O)^3$. L'ozone est aussi un agent d'oxydation très énergique ; il prend naissance dans les mêmes conditions que l'oxygène actif, d'où la difficulté de les distinguer l'une de l'autre, et la confusion souvent faite d'attribuer à l'ozone des réactions qui sont produites seulement par l'oxygène actif. On a actuellement déjà mis hors de doute les faits suivants :

1° L'oxygène actif s'unit à l'oxygène inactif pour former de l'ozone, que l'on peut reconnaître à ses caractères toutes les fois que la présence de substances facilement oxydables n'empêche pas de les constater.

2° L'oxygène actif transforme l'eau en eau oxygénée. Cette dernière ne se produit pas par l'action de l'ozone sur l'eau pure. Cette différence d'action avait conduit Schönbein à la conception de l'ozone et de l'autozone.

3° L'oxygène actif oxyde l'azote de l'air en formant de l'acide nitreux et de l'acide nitrique. Schönbein avait reconnu cette réaction et l'avait attribuée à l'ozone; mais des recherches postérieures ont prouvé que l'ozone ne pouvait pas oxyder l'azote de l'air.

Il restait à trouver un caractère qui permît de distinguer l'oxygène actif et l'ozone. L'auteur y est arrivé en s'appuyant sur une observation de Remsen et Soutworth. Ces auteurs ont constaté que de l'oxyde de carbone mêlé avec de l'air ozonisé, pendant sept à huit heures, ne donne pas de précipité de carbonate de baryte lorsqu'on l'agite avec de l'eau de baryte. Au contraire, lorsqu'on place de l'hydrure de palladium dans un vase avec de l'air, de l'oxyde de carbone et de l'eau de chaux, on voit en quelques heures se produire un précipité de carbonate de chaux. Baumann répéta cette expérience de diverses manières et arriva à conclure qu'un mélange d'air ozonisé ne précipite pas l'eau de baryte ni l'eau de chaux, mais que l'oxygène actif les précipite, et il emploie cette réaction pour reconnaître l'oxygène actif de l'ozone.

Houzeau a établi que de l'eau oxygénée se produit pendant l'action de l'ozone sur l'alcool et l'éther. Houzeau et Thénard ont constaté de même l'oxydation du sulfate d'indigo sous l'influence de l'ozone.

L'auteur cherche à expliquer ce fait comme suite de formation d'aldéhyde ou de corps analogues résultant de la transformation de l'ozone

ou de l'oxygène ordinaire en oxygène actif qui a la propriété de former avec de l'eau de l'eau oxygénée.

L'oxygène actif se trouve dans l'organisme. C'est lui seul qui peut produire l'oxydation du phénol et du benzol dans l'économie animale. Il se forme toutes les fois qu'il y a décomposition de l'eau et mise en liberté de l'oxygène. Ces réactions ont lieu pendant la décomposition produite par les organismes inférieurs. Il y a tout lieu d'admettre qu'il est l'origine des oxydations qui se forment dans ces circonstances.

E. HARDY.

Untersuchungen über die Kupferverbindungen des Albumins (Recherches sur les combinaisons cupriques de l'albumine), par Erich HARNACH (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. V, p. 198, 1881*).

Depuis longtemps on a cherché à établir la formule de l'albumine par l'analyse de ses combinaisons métalliques, et particulièrement par ses combinaisons cupriques. Les auteurs sont arrivés aux chiffres suivants pour la quantité pour 100 de cuivre combiné à l'albumine :

J. Rose (*Poggend. Annalen*, t. XXVIII, p. 132 — 1833), 1,50 - 1,69 0/0 CuO.

Mulden (*Physiol. Chimie*, Braunschweig, 1831), 4,44 °/₀ CuO.

Mitscherlich (*Müller's Archiv.*, 1837, p. 91), 2,8 - 3,3 °/₀ CuO.

Lieberkuhn (*Poggend. Annalen*, t. LXXXV, p. 121 - 1852), 4,6 °/₀ CuO.

Bielitski (*Di metallorum albuminatibus*, etc., Dorpat, 1853), 4,7 - 5,19 °/₀ CuO.

Lassaigne (*Journ. de chim. médicale*, 2e série, t. VI), 4,95 °/₀ CuO.

Ces chiffres ne paraissent pas concordants. L'auteur, pour reprendre ces déterminations, a dû d'abord adopter un procédé de préparation. Il opère de la manière suivante : à du blanc d'œuf, bien broyé, on ajoute un volume égal d'eau et un excès d'acide acétique étendu en proportion telle qu'un précipité reste encore visible. On filtre, on neutralise complètement avec du carbonate de soude ; on filtre de nouveau et on obtient ainsi une solution parfaitement claire et neutre d'albumine.

On ajoute à la solution du sulfate de cuivre tant qu'il se forme un précipité, puis un peu de carbonate de soude pour saturer l'acide devenu libre. On recueille le précipité sur un filtre et on le lave rapidement, en s'arrêtant dès que les eaux qui passent ne contiennent plus de cuivre. Le lavage s'effectue sans qu'il y ait décomposition. On sait, toutefois, que l'albuminate se dissocie quand on le traite par l'eau pendant un temps prolongé, une semaine environ.

A l'état frais, le composé ainsi obtenu est un corps volumineux, vert bleuâtre, très difficilement soluble dans un excès de sel de cuivre ou d'albumine, sauf au moment de sa formation, où une petite partie du sel se dissout dans une grande quantité de l'un ou l'autre des dissolvants.

L'albuminate est insoluble dans les sels neutres. Les acides étendus le dissolvent avec une coloration vert clair ; les alcalis fixes ou les carbonates alcalins, avec une teinte violet foncé ; l'ammoniaque, avec une couleur bleu foncé.

A l'état sec, l'albuminate a une couleur vert foncé et donne une masse pulvérulente, dure et compacte.

L'albuminate de cuivre ainsi préparé, contenait, outre le cuivre, 1 0/0 de cendres. L'auteur l'a obtenu complètement pur en opérant comme il suit : On dissout dans du carbonate de soude l'albuminate récemment précipité et bien lavé, on filtre et on précipite de nouveau par un acide. En répétant ce traitement plusieurs fois, on recueille un produit complètement pur.

L'auteur détermina la quantité de cuivre contenue dans l'albuminate, et l'ensemble des analyses l'amena à conclure qu'il existe deux séries de sels ayant, en moyenne, l'une, 1,35 0/0, et l'autre, 2,64 0/0 de cuivre. Autrement dit, il existe deux albuminates dans lesquels la quantité de cuivre est comme 1 à 2.

Il a soumis à l'analyse les deux albuminates de cuivre, et il est arrivé à proposer pour formule :

A $C^{204}H^{320}Az^{52}O^{66}S^{9}Cu$

B $C^{204}H^{316}Az^{52}O^{66}S^{9}Cu^{2}$.

Voici la moyenne des chiffres trouvés :

	Trouvé.	Calculs formels A.	Trouvé.	Calculs formels B.
C.....	52,50	52,32	51,43	51,63
H	7,0	6,84	6,84	6.84
Az.....	15,32	15,56	15,34	15,34
O.....	(22,60)	22,27	(22,50)	22,50
S.....	1,23	1,36	1,25	1,25
Cu.....	1,35	1,35	2,64	2,64
	100,00	100,00	100,00	100,00

La formule de l'albumine devient alors

$$C^{204}H^{325}Az^{51}O^{66}S^{2}.$$

et son poids moléculaire de 4618. E. HARDY.

Ueber die Ausscheidung von Salpetersaure und Salpetrigersaure (Sur l'excrétion de l'acide nitrique et de l'acide nitreux) par ROHMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. V, p.* 233, 1880).

Schœnbein a constaté autrefois, dans l'urine fraîche, la présence de l'acide nitreux. L'auteur observa un dégagement d'oxyde d'azote en la traitant par du chlorure de fer et de l'acide chlorhydrique et put affirmer ainsi la présence certaine de l'acide nitrique dans l'urine, fait que Schœnbein avait déjà annoncé, mais en employant des méthodes qui présentaient de nombreuses causes d'erreurs. Dès lors, il devenait probable que l'acide nitreux se formait par la réduction de l'acide nitrique sous l'influence des organismes inférieurs. On pouvait encore supposer qu'il est produit par la décomposition de l'ammoniaque dans les mêmes circonstances.

La dernière question peut se résoudre en dosant d'abord la quantité d'azote correspondant à l'acide nitreux par une méthode colorimétrique

et puis celle qui se trouve dans la même urine après la putréfaction. Si la quantité d'azote est augmentée, on a eu ainsi la preuve que la quantité d'acide nitreux augmente par l'oxydation de l'ammoniaque.

Les dosages prouvèrent que cette quantité n'augmente pas; par conséquent, l'acide nitreux ne se produit pas par la réduction de l'ammoniaque, mais par celle de l'acide nitrique.

Dans ces expériences, on détermina la quantité d'azote par la méthode suivante :

150 ou 200 grammes d'urine furent évaporés à un petit volume, l'acide nitrique transformé en oxyde d'azote par l'action d'un mélange de perchlorure de fer et d'acide chlorhydrique, et ce dernier traité par une solution de soude. Ce procédé donne de bons résultats, avec l'acide nitrique, tant dans l'eau que dans l'urine, mais il est incorrect pour le dosage de l'acide nitreux dans l'urine.

L'acide nitreux fut dosé par une méthode colorimétrique résultant de l'action de l'acide sur un mélange de l'empois d'amidon et d'iodure de potassium. E. HARDY.

Note sur l'élimination et le dosage des sulfates et du soufre dans les liquides de l'organisme, par E. FLAVARD (*Lyon médical*, 29 *mai* 1881).

Le soufre oxydé, éliminé par l'urine, provient, une partie des sulfates ingérés par les aliments, l'autre partie du soufre des matières albuminoïdes transformé en sulfates dans l'organisme. Quant au soufre non oxydé, il provient uniquement des matières albuminoïdes et est éliminé à l'état d'acides amides sulfurés.

Pour doser le soufre oxydé, voici le procédé employé par l'auteur : on prend 10 centimètres cubes d'urine, on les additionne d'eau et d'acide chlorhydrique; on porte à l'ébullition après avoir ajouté du chlorure de baryum en excès. De cette façon, on obtient un précipité grenu qui ne passe pas à travers le filtre. Après vingt-quatre heures, on filtre (sur un filtre de papier de Berzélius de 0,05 de rayon pour n'avoir pas après l'incinération un poids de cendres appréciable). On lave le précipité avec l'eau acidulée par l'acide nitrique, pour dissoudre les composés barytiques qui auraient pu se former. On lave ensuite à l'eau bouillante jusqu'à ce que l'addition d'une goutte d'acide sulfurique au liquide filtré ne donne plus de précipité de sulfate de baryum et jusqu'à ce que ce liquide filtré ne rougisse plus le papier de tournesol. On porte le filtre à l'étuve à 100°, et on l'incinère après dessiccation. L'incinération terminée, on ajoute une goutte d'acide sulfurique pour transformer les sulfures qui auraient pu se former en présence du charbon des matières organiques, on chasse l'acide en chauffant fortement et on porte sur la balance. Le poids de sulfate de baryum obtenu, on le multiplie par 0,420, et le résultat ainsi trouvé par 100 donne la quantité de SO^4H^2 par litre.

M. Flavard rejette le procédé d'oxydation par le chlorure de potassium et l'acide chlorhydrique pour oxyder le soufre qui peut se trouver à l'état d'acide sulfo-conjugué. Il emploie le nitrate de potassium et le carbonate de potassium de la façon suivante : il prend 10 centimètres cubes d'urine, ajoute 4 à 5 grammes de nitrate, quelquefois 1 à 2 gram-

mes de carbonate. On chauffe le liquide étendu d'eau à feu nu sur une très douce flamme ou au bain de sable. Une fois la masse liquéfiée, on la reprend par l'eau après refroidissement, on ajoute de l'acide chlorhydrique ou nitrique pour dégager l'acide carbonique, et on chauffe jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus de vapeurs rutilantes. Le liquide ainsi obtenu est traité avec le chlorure de baryum, comme pour le soufre oxydé.

A. C.

Indican in health and disease (L'Indican dans l'état de santé et de maladie), par H.-N. HEINEMAN (*Arch. of med. New York, août* 1880, *vol. IV, n° 1, p.* 24).

La quantité d'indican contenue dans l'urine a été recherchée chez un grand nombre de personnes bien portantes (50) ou atteintes de différentes maladies (plus de 150), par le procédé de Senator modifié.

L'indican n'est absent qu'exceptionnellement dans l'état de santé ; sa quantité peut alors varier ; elle est tantôt petite, tantôt aussi considérable que dans l'état de maladie.

Certaines conditions morbides amènent un accroissement marqué de ce produit.

L'accroissement le plus considérable se manifeste dans les affections du canal alimentaire, et plus spécialement de l'intestin grêle, que ce soit une affection locale ou une affection générale avec lésion locale (dyspepsie, gastro-duodénite, constipation chronique, intussusception, diarrhée, péritonite, choléra, empoisonnement par le plomb, fièvre typhoïde).

Dans les maladies débilitantes, comme la phtisie et autres affections à suppuration prolongée, comme la carie et la nécrose, on trouve un accroissement sensible.

Parmi les maladies qui déterminent des altérations du sang, les unes, comme le paludisme, la syphilis, le rhumatisme et l'alcoolisme, l'anémie progressive et la chlorose, bien qu'elles amènent toujours des modifications profondes dans le sang, ne causent pas toujours une augmentation marquée de l'indican. C'est là une exception singulière, sur laquelle Senator a attiré l'attention, mais les recherches ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre d'en tirer des conclusions.

Certains troubles nerveux (folie, épilepsie, maladie d'Addison, atrophie musculaire progressive et paraplégie), amènent une augmentation prononcée ; il en est de même des troubles de la fonction rénale (néphrite chronique).

Les tumeurs malignes internes, carcinome et sarcome, amènent l'augmentation la plus considérable et la plus constante de toutes.

On n'a pas encore trouvé une explication qui puisse convenir également à tous les cas.

L'expérience de Jaffé, qui consiste à lier l'intestion grêle, ce qui augmente la quantité d'indican excrétée, démontre que les conditions qui retardent le péristaltisme et favorisent l'absorption de l'indol augmentent la proportion d'indican. Ceci explique bien les résultats trouvés dans les cas de péritonite, de constipation, et troubles semblables. Mais pour les autres maladies on n'a pas encore d'explication satisfaisante des variations de l'indican.

C'est probablement dans les changements qui surviennent dans le

sang, plutôt que dans les troubles locaux de l'organisme, qu'on pourra trouver les raisons de l'augmentation de l'indican dans les autres maladies. L.-H. PETIT.

Ueber Hydroxylschwefelsäure, das Indican des Harns (Sur l'acide sulfohydroxylique, l'indican de l'urine), par BAUMANN et BRIEGER (*Zeitschrift für phys. Chemie, t. III, p.* 254, 1879).

Dans un travail précédent, l'un des auteurs a montré que l'indican des plantes (Isatis tinctoria) est différent de la substance qui donne naissance à l'indigo de l'urine, que l'indican de l'urine n'est pas un glucoside, mais possède les caractères d'un acide fort et, par l'ébullition avec l'acide chlorhydrique, met en liberté de l'acide sulfurique. L'indican de l'urine doit être regardé comme un acide sulfo-conjugué dans lequel l'hydroxylindol joue le rôle du phénol dans l'acide phénylsulfurique.

Un chien de 24 kilogrammes reçut, en cinq jours, dans ses aliments, 20 grammes d'indol pur, à doses successivement croissantes, depuis 3 grammes jusqu'à 5 grammes. L'urine du chien prit une couleur brun-rouge. Les sulfates diminuèrent dès le premier jour et disparurent tout à fait quand l'animal eut pris une assez grande quantité d'indol. L'urine fut évaporée à cristallisation, épuisée à 5 litres d'alcool à 90° et la solution alcoolique précipitée par de l'acide oxalique également dissous dans l'alcool; après 20 minutes, le précipité fut recueilli sur un filtre. La solution fut saturée immédiatement par de la potasse jusqu'à réaction faiblement alcaline, filtrée pour séparer l'oxalate de potasse, réduite à 2 litres et précipitée par un volume égal d'éther. On obtint ainsi un précipité sirupeux qui, outre les sels, l'urée, les matières extractives et colorantes, contenait une grande quantité de la matière productrice de l'indigo. Cette masse fut de nouveau épuisée par de l'alcool à 90°, et la solution précipitée par un volume égal d'éther. L'urée se trouva ainsi séparée, et les matières extractives restèrent sans se dissoudre dans l'alcool. La solution alcoolique, ainsi purifiée, fut additionnée d'éther tant qu'il se formait un trouble. Par le repos, il se fit un dépôt cristallin qui forma des aiguilles ou des tables. On purifia les cristaux en les faisant recristalliser dans l'alcool. Ils ont pour composition :

$$C^6H^6AzSO^2K.$$

Comme le prouve la formule précédente, l'indican de l'urine est une combinaison alcaline d'un acide sulfo-conjugué de l'indol hydroxylé auquel l'auteur propose le nom d'acide sulfhydroxylique. On voit que cette substance est complètement différente de l'indican des plantes.

L'indoxylsulfate de potasse est soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool froid, très soluble à chaud. L'acide chlorhydrique étendu le décompose en acide sulfurique et en un phénol particulier. Pendant cette décomposition il se dégage une odeur très prononcée de matières fécales, mais différente de l'indol et du scatol. Pendant l'évaporation, il se forme un corps brun soluble dans l'éther, le chloroforme, l'éther, avec une coloration rouge, et un corps brun d'indigo. En décomposant en présence d'une substance oxydante, on obtient de l'indigo.

La réaction peut s'écrire ainsi :

$$\underset{\text{Sulfhydroxylate de potasse.}}{C^8H^6AzSO^4K} + H^4O = \underset{\text{Indoxyl.}}{C^8H^6AzOH} + KHSO^5$$

et, dans une seconde phase, l'indigo prend naissance suivant l'équation :

$$\underset{\text{Indoxyl.}}{2(C^6H^6AzOH)} + O^2 = \underset{\text{Indigo.}}{C^{16}H^{10}Az^2O^2} + 2H^2O.$$

Cette oxydation se produit surtout en employant le perchlorure de fer, quand on décompose l'acide indoxylsulfurique par l'acide chlorhydrique. Quand on produit cette réaction dans l'urine, comme il y a aussi en solution d'autres substances facilement oxydables, il vaut mieux employer un agent d'oxydation plus énergique, comme quelques gouttes d'eau de chlore ou d'hypochlorite de soude. E. HARDY.

I. — **Zur Kenntniss der Skatolbildung (Étude sur la formation du scatol), par M. NENCKI** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Bd. IV, p.* 371, 1880).

II. — **Weitere Beiträge zur Kenntniss des Skatols (Nouvelles contributions à l'étude du scatol), par L. BRIEGER** (*Ibid., p.* 414, 1880).

I. — La putréfaction du cerveau fournit du scatol. En abandonnant à la putréfaction 500 grammes de cerveau de bœuf avec 5 litres d'eau faiblement acidulée avec de l'acide phosphorique, en maintenant la température à 35 ou 40°, l'auteur, dès le troisième jour, put constater l'odeur du scatol; il maintint la réaction acide par l'addition successive d'un peu d'acide phosphorique; il distilla le liquide le 8e jour et constata qu'il ne donnait qu'une faible coloration rose rouge par l'addition d'acide nitrique fumant, ce qui prouve qu'il n'y existait que des traces d'indol. Le liquide distillé, filtré, donna, par l'addition d'acide chlorhydrique et d'une solution concentrée d'acide picrique, des cristaux rouges qui, recueillis sur un filtre et distillés avec de l'ammoniaque aqueuse, fournirent du scatol libre. Après l'avoir fait recristalliser dans l'eau on obtint un produit bouillant à 95° et ayant toutes les réactions du scatol. Comme le scatol prend naissance dans l'intestin grêle dont le contenu réagit acide, l'auteur abandonna 500 grammes de paleron de bœuf et 5 litres d'eau à la putréfaction pendant 8 jours en maintenant constamment la réaction acide avec de l'acide phosphorique étendu ; il obtint, comme résultat final, de l'indol et du scatol qui cristallisa dans l'eau chaude, fondant à 52°.

La réaction acide du milieu paraît donc n'avoir aucune action sur la formation du scatol. L'auteur abandonna 750 grammes de substance cérébrale et 6 litres d'eau à 35 ou 40°. Au bout de 30 heures la réaction était alcaline et persista ainsi pendant 8 jours, et il obtint du scatol. La même réaction fut répétée une seconde fois avec le même résultat.

II. — Brieger, après avoir rapporté les procédés qu'il a donnés pour obtenir le scatol et l'ensemble des réactions qui servent à le caractériser, a continué la suite de ses recherches sur les transformations que le scatol éprouve quand on l'introduit dans l'organisme. Il reconnut qu'il s'élimine à l'état d'acide sulfoconjugué. L'urine fut évaporée jusqu'à cristallisation et épuisée par de l'alcool à 90°. L'extrait alcoolique fut décom-

posé par une solution alcoolique d'acide oxalique tant qu'il se forma un précipité. Après une demi-heure on filtra rapidement, on ajouta une solution alcoolique de potasse, l'oxalate de potasse fut séparé par le filtre, la solution alcoolique évaporée à un petit volume et additionnée ensuite d'alcool absolu. En abandonnant au refroidissement, il se déposa des cristaux qui furent purifiés par des cristallisations plusieurs fois répétées.

Malheureusement les cristaux ne purent pas être soumis à l'analyse. Ils présentaient les caractères suivants : chauffés dans un tube de verre, ils dégagent des vapeurs rouges ; le résidu donne avec le chlorure de baryum un précipité de sulfate de baryte. Dissous dans l'eau les cristaux produisent une coloration rouge avec l'acide chlorhydrique ; la solution, additionnée de chlorure de baryum, donne à l'ébullition un précipité de sulfate de baryte. Ces caractères prouvent que, dans l'organisme, le scatol présente de nombreuses analogies avec l'indol et qu'il doit s'y trouver à l'état de combinaison conjuguée probablement de sulfate d'oxyscatol. E. HARDY.

Das Vorkommen von Hematoidin-Krystallen im Urin (Des cristaux d'hématoïdine dans l'urine), par FRITZ (*Zeitsch. f. klin. Med., Band II, p.* 470, 1881).

Fritz a recherché la présence des cristaux d'hématoïdine dans l'urine d'un certain nombre de malades atteints d'affections diverses. Leyden les a observés une fois dans un cas de néphrite de la grossesse. L'auteur les a observés sur deux autres sujets atteints de néphrite. Le premier était atteint de néphrite interstitielle avec oligurie, le second, de néphrite amyloïde.

Les maladies générales offrent un champ d'études plus intéressant, à ce point de vue spécial. Sur trois malades atteints de scarlatine (les seuls examinés), l'urine contenait chaque fois des cristaux d'hematoïdine. On les a trouvés deux fois dans la fièvre typhoïde (sur neuf cas étudiés), deux fois (sur deux cas étudiés) dans l'ictère chronique. M. DEBOVE.

Ueber säure Harngärung (Sur la fermentation acide de l'urine), par F. ROHMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band V, p.* 94, 1881).

Après une critique détaillée des diverses opinions qui ont été émises par Berzelius, Scheele, Scherer, Lehmann, Liebig, Voit et A. Hoffmann, Neubaum sur la cause qui amène l'urine à augmenter progressivement d'acidité les premiers jours de son émission, puis à devenir progressivement moins acide, et enfin à subir la fermentation ammoniacale, l'auteur fait remarquer que cette dernière fermentation est actuellement bien connue et expliquée, mais que, malgré le grand nombre de travaux dont elle a été l'objet, la première est moins connue, quoique son existence soit généralement admise comme un fait incontestable.

Cependant les observations de l'auteur l'amènent à penser qu'il n'y a point de fermentation acide, au moins dans le sens où l'entendait Scherer. En observant les cas dans lesquels l'urine fraîche est d'abord alcaline, on voit que les acides n'éprouvent qu'exceptionnellement une augmentation dans leur quantité. Dans ce dernier cas, il semble d'ailleurs qu'il faille admettre la présence d'une matière fermentescible comme l'alcool, le sucre et d'autres corps semblables.

Ordinairement, la quantité d'acide présent reste sans changement dans les premiers temps pendant une durée plus ou moins longue, en rapport avec la quantité d'ammoniaque elle-même ; puis se développe un acide neutralisable par une solution de soude, jusqu'à ce que, par un nouveau dégagement d'ammoniaque, l'urine devienne alcaline.

Pendant que l'urine a une réaction acide, et pareillement quand elle commence à prendre une réaction alcaline, elle se trouble et donne les réactions de l'acide nitreux. L'acide nitreux existe déjà en petite quantité dans l'urine fraîche, et il se forme en partie par les fermentations qui se produisent sous l'influence des champignons, vraisemblablement aux dépens du nitrate de potasse qui existe dans toutes les urines, et peut-être aussi quand l'urine se putréfie en plus ou moins grande quantité par l'oxydation de l'ammoniaque.

L'acide nitreux disparaît plus ou moins rapidement, mais on le retrouve encore quand l'urine commence à avoir une réaction alcaline.

E. HARDY.

The chemical constitution of cerebrin, par Edward GEOGHEGAN (*Journal of mental science, avril* 1880).

Depuis Müller, on n'a fait que peu de recherches sur la cérébrine; il l'obtenait en faisant bouillir à petit feu des cerveaux dans de l'eau de baryte et lui donnait la formule suivante : $C^{34} H^{33} NO^{6}$. Plus tard, cependant, Hoppe-Seyler, Gamgee et Blankenhorn s'en sont occupés incidemment.

Geoghegan, reprenant la question de haut, étudie la distribution de la cérébrine, la méthode pour l'obtenir, sa composition et les produits de décomposition auxquels elle donne naissance.

On ne trouve ce corps que dans la substance blanche du cerveau et des nerfs. Hoppe-Seyler a rencontré dans les corpuscules du pus une matière qui, d'après ses réactions, peut être considérée comme identique à la cérébrine ; l'auteur en a retiré de petites quantités de l'organe électrique de la torpille et d'un cancer du foie. La cérébrine paraît résister longtemps à la putréfaction; pour l'obtenir, on traite la substance cérébrale par l'éther et l'alcool : les cristaux se forment par refroidissement. Elle peut donner lieu, par décomposition, à une substance saccharinée, à de l'acide palmitique et à différents autres corps. MARCEL BRIAND.

Myosin, seine Darstellung, Eigenschaften, Umwandlung in Syntonin und Rückbildung aus demselben (Myosine, sa préparation, ses caractères, sa transformation en syntonine et sa reproduction avec cette dernière), par A. DALINEWSKY (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band V, p.* 158, 1881).

Depuis les travaux de W. Kühne et de Hoppe-Seyler, on n'a publié aucune méthode nouvelle pour obtenir la myosine. L'auteur a reconnu que, dans cette préparation, il y avait un grand avantage à remplacer le sel marin par du chlorhydrate d'ammoniaque. Il opère de la manière suivante : en faisant agir sur des muscles finement coupés et bien privés de sang une solution contenant 10 à 15 0/0 de chlorhydrate

d'ammoniaque, on obtient une solution claire et transparente de myosine; on la place dans un vase profond, et on y ajoute par gouttes de l'eau distillée, les gouttes deviennent troubles et se déposent. On trouve bientôt dans l'eau un coagulum extrêmement fin qui se dépose sur les parois du vase. On décante l'eau en excès, on agite le coagulum avec un peu d'eau et on recueille une substance ayant les caractères de la myosine normale.

Moins on emploie de chlorhydrate d'ammoniaque pour un même poids de substance musculaire, plus la myosine obtenue est fluide et plus le caillot produit par l'addition de l'eau est adhérent et solide. La solution de myosine et de chlorhydrate d'ammoniaque se trouble de 45 à 50°; elle devient trouble et se prend en flocons à 55°. La coagulation a d'ailleurs lieu à une température d'autant plus basse que la solution de chlorhydrate d'ammoniaque est plus concentrée, mais cependant elle ne s'abaisse jamais au-dessous de 40°.

1° *La myosine fixe les acides.* En prenant de la myosine coagulée suspendue dans un peu d'eau, y ajoutant de l'acide chlorhydrique et de la tropéoline, on constate, par le changement de couleur, qu'une grande quantité d'acide s'est fixée sur la myosine. En évaporant à sec la myosine avec un excès d'acide chlorhydrique indiqué par la réaction de la tropéoline, on obtient une substance qui contient beaucoup de chlore.

2° *La myosine contient* Ca. Mg. *et de l'acide phosphorique.*

3° *Les bases fortes ne se combinent pas à la myosine.*

La présence du chlorhydrate d'ammoniaque est gênante pour beaucoup de réactions. L'auteur dut chercher un autre moyen de préparation. Il fait observer d'abord que, sous l'influence des acides, la myosine ne se transforme pas en syntonine aussi facilement que certains auteurs l'ont écrit. Il a remarqué qu'il suffit d'ajouter à la myosine en suspension dans l'eau la moitié de l'acide nécessaire capable de la saturer pour en obtenir la solution complète. Cette solution peut être abandonnée pendant huit jours à la température ordinaire sans perdre ses propriétés normales. Elle supporte même une température de 30 à 35° sans s'altérer.

Pour préparer une semblable solution de myosine, on traite les muscles finement coupés et privés de sang avec un peu d'eau. Une fois la solution obtenue, on la divise en deux parties, on sature l'une d'elles par l'acide chlorhydrique, en se servant pour indiquer la fin de la réaction de tropéoline OO. On ajoute à la solution la deuxième partie de myosine, on agite la masse, on la laisse reposer, on concentre et on filtre.

Les solutions de myosine, après la saturation de l'excès d'acide par une solution de soude, sont précipitées par la soude ou l'eau de chaux.

Quand les solutions sont très concentrées, la myosine se précipite en grumeaux qui sont toujours acides. Pour l'obtenir neutre, il faut se servir de solutions peu acides. Toutefois, il est nécessaire de ne pas employer de solutions qui présenteraient une acidité trop faible, car une trop grande quantité d'eau agirait sur la myosine pour la décomposer. On ne doit pas oublier que sa transformation en syntonine s'accompagne constamment d'une perte de solubilité dans le sel marin et le chlorhydrate d'ammoniaque.

La myosine obtenue avec le chlorhydrate d'ammoniaque et celle qui se retire des solutions chlorhydriques se confondent entièrement par tous leurs caractères.

Des déterminations directes ont montré que la myosine fixait 3,1 à 4,87 0/0 d'acide chlorhydrique.

Le poids des cendres varie de 0,50 0/0 à 1,37 0/0 renfermant de 0,10 0/0 à 0,14 0/0 de chaux 0/0 de myosine.

II. *Syntonine.* Quoique la syntonine soit assez bien étudiée, l'auteur a cru devoir la soumettre à de nouvelles recherches. Il regarde les caractères suivants comme les meilleurs pour la caractériser.

La syntonine fixe les acides à la température ordinaire. Une quantité d'acide HCl, moitié de la quantité nécessaire pour la dissoudre, suffit pour la saturer.

Elle contient de 0,5 à 0,7 0/0 de matière inorganique, surtout le calcium, magnésium et acide phosphorique.

Une solution de chlorhydrate d'ammoniaque au 10° à 20° ne dissout pas de syntonine. Cette solution concentrée peut servir pour séparer un mélange de myosine et de syntonine.

A une basse température, les solutions de myosine acidulée avec de l'acide chlorhydrique restent très longtemps inaltérées. Mais quand on porte la température pendant une heure à 40°, la syntonine commence à se former, elle augmente à 45°; à 50°, il reste plus de syntonine que de myosine, à 55° il ne reste plus que des traces de myosine.

III. *Myosine insoluble et syntonine.* La myosine, en se transformant en syntonine, perd du calcium.

Sous l'influence de l'acide chlorhydrique, quand la myosine perd le calcium auquel elle est unie, elle se transforme en syntonine.

On peut cependant enlever le calcium à la myosine sans la transformer en syntonine. Ce moyen consiste à faire agir de l'eau distillée sur de la myosine qui a été précipitée par l'eau d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, ou par la neutralisation d'une solution dans l'acide chlorhydrique. En lavant ensuite par décantation, on obtient un produit bien privé de chaux, qui présente des caractères chimiques qui ne permettent pas de le confondre avec la myosine, ni avec la syntonine.

Weyl, qui avait déjà vu cette substance, lui a donné le nom d'albumine coagulée, ce qui est une erreur.

Reproduction de la myosine à l'aide de ses produits de dédoublement et formation d'un corps myosidique à l'aide de l'albumine. Des tableaux dressés par l'auteur montrent que la syntonine diffère de la myosine par la grandeur de sa capacité de saturation et par son contenu en calcium. Ces deux différences suffisent pour donner aux molécules de nouveaux caractères, comme la solubilité de la myosine dans le sel marin ou le chlorhydrate d'ammoniaque. On parvient à transformer la syntonine en myosine en dissolvant la première de ces substances dans de l'eau de chaux. A la solution claire on ajoute de la poudre sèche de chlorhydrate d'ammoniaque presque jusqu'à saturation, on filtre et on sature la solution alcaline, opalescente et épaisse, avec de l'acide chlorhydrique étendu, ou mieux, avec de l'acide acétique, jusqu'à neutralisation complète de l'alcali. Un très petit excès d'acide acétique ne nuit pas à la réaction, le plus léger excès d'acide chlorhydrique l'empêche. La solu-

tion saturée se comporte comme une solution de myosine dans le chlorhydrate d'ammoniaque. En ajoutant de l'eau distillée, on obtient un précipité qui présente tous les caractères de la myosine. Cette transformation, quand on opère sur de petites quantités, ne demande pas plus de vingt minutes.

En terminant son mémoire, l'auteur fait remarquer que les caractères de la myosine et de la syntonine les font rentrer, non dans le groupe des corps albuminoïdes, mais dans celui des aci-albumines de Hoppe-Seyler, c'est-à-dire dans les produits de la réaction de l'acide chlorhydrique sur certains corps albuminoïdes. E. HARDY.

Ueber das Vorkommen von Eisen nach Blutextravasionen (Sur l'état du fer dans les dépôts sanguins), par A.-J. KUNKEL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band V, p. 40,* 1881).

Le fer contenu dans l'hémoglobine ne peut être reconnu directement par les réactifs. Comme l'a remarqué Quincke, les combinaisons ordinaires oxygénées du fer sont, au contraire, facilement décelées par la formation du sulfure noir qu'elles forment avec le sulfure d'ammonium. On a donc dans ce réactif un moyen facile pour distinguer si le fer est à l'état d'hémoglobine ou d'un de ses produits de décomposition.

L'auteur a souvent trouvé ainsi de l'oxyde de fer fixé aux glandes lymphatiques dans des cas de morbus maculosus Werlhofii, et dans le pigment jaune provenant du sang extravasé dans divers organes.

Kunkel a constaté expérimentalement que, si on fait la section sous-cutanée d'une artère de la partie supérieure de la cuisse d'un lapin, de manière à obtenir un dépôt sanguin, on trouve, en tuant le lapin par hémorragie, trois semaines après, que le dépôt sanguin contient 3,4 0/0 d'oxyde de fer desséché à 110° ou 4,6 0/0 d'hydrate de fer, tandis que l'hémoglobine n'en contient que 0,43 0/0 d'oxyde de fer ou 0,6 0/0 d'hydrate de fer. Le reste du caillot était formé de fibrine, de substance fondamentale du protoplasma, de globules rouges et blancs; les noyaux des bords du coagulat étaient des plus altérés.

L'auteur rapproche de ces faits divers cas pathologiques où on a dosé la quantité de fer dans d'anciens caillots sanguins. Dans un cas d'hémorragie dans l'hémisphère gauche, il trouva 1,7 0/0 d'oxyde de fer. Un kyste situé dans le lobe antérieur gauche a donné 10,3 0/0 d'oxyde de fer dans certains points.

Dans une autre expérience, l'auteur injecta du lactate de fer sous la peau d'un lapin et le tue huit jours après : sur les parois des tissus coloriés en jaune, il put reconnaître la présence du fer à l'aide du sulfure d'ammonium.

Quant à l'état sous lequel le fer se trouve dans les tissus, on doit, d'après l'auteur, admettre qu'il s'y trouve à l'état d'oxyde de fer hydraté.

Dans un appendice, intitulé : *Quelques remarques sur la manière de se conduire des alcaloïdes dans le corps des animaux*, l'auteur, contrairement à l'opinion de Schiff, de Jacques et de Hoger, n'admet pas que les alcaloïdes se localisent dans le foie. E. HARDY.

Zur physiologischen und pathologischen Chemie des Auges (Sur la chimie physiologique et pathologique de l'œil), par ARNOLD CAHN (de Worms) (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. V, p.* 213, 1881).

Rétine. Ces recherches furent faites sur des rétines de bœuf, de cheval et de cochon. L'auteur trouve la rétine chez les animaux tués le matin, et même quelquefois une demi-heure encore après la mort, toujours nettement alcaline durant l'été, très fortement acide en hiver. Pendant le repos des yeux, la réaction acide devient alcaline, et d'autant plus rapidement que l'obscurité est plus complète.

L'auteur fit l'analyse de rétines privées, autant que possible, de matières étrangères, en employant la méthode de Hoppe-Seyler et dosa l'eau, les matières albuminoïdes, extractives, grasses et les sels.

Il trouva les chiffres suivants :

	RÉTINE DE BŒUF.				COCHON.	CHEVAL.	SUBSTANCES grasses du cerveau.
Eau	86,52	»	87,61	»	88,01	89,99	81,60
Matière albuminoïde	6,77	8,45	7,25	7,02	6,33	1,35	10,19
Matière ressemblant à l'albumine	1,59				1,75	1,36	
Extrait alcoolique	0,25	0,21	0,50	0,69	0,11	0,29	1,23
Extrait aqueux	0,12	0,66	0,43	0,38	1,39	0,38	
Cholestérine	0,77	0,65	0,65	0,67	0,27	2,39	3,51
Matières grasses	0,47	0,32	?	?	0,05		3,17
Lécithine	2,08	2,48	2,35	2,89	0,95		
Sels solubles	0,93	0,74	0,90	0,67	0,97	1,11	0,27
Sels insolubles	0,02	0,08	0,03	0,27	0,09	0,01	
Cérébrine	Traces.						0,098

Dans les deux premières analyses, l'eau fut dosée avec la pompe à air; dans les deux suivantes seulement par différence sur la somme des éléments solides. L'observation la plus intéressante à faire sur ces chiffres est l'absence de lécithine.

Les sels inorganiques sont (sur 0,17 grammes) :

K^2So^4	8,73
KCl	4,63
NaCl	35,16
Na^2HPO^4	42,16
$Ca^3(PO^4)^2$	2,71
$Mq^3(PO^4)^2$	1,10
Na^2CO^3	5,51

HUMEUR VITRÉE ET HUMEUR AQUEUSE.

Elles ont présenté la composition suivante

	Humeur vitrée.	Humeur aqueuse
Albumine	0,074	0,083
Matière organique	0,071	0,148
Cendres	0,971	0,993
Eau	98,884	98,777
Matières minérales.		
K^2SO^4	3,74	5,99
KCl	5,57	2,92
NaCl	74,43	78,11
PO^4Na^2H	1,82	1,99
$(PO^4)^2Ca^3$	0,44	0,62
$(PO^4)^2Mg^3$	0,22	0,40
Na^2CO^3	12,67	8,72

CATARACTE.

	Cataracte.	Cristallin normal.	
Albumine	81,48	85,87	64,71
Cholestérine	6,22	4,55	0,62
Lécithine	4,55	0,803	0,63
Graisse	—	1,19	0,79
Extrait alcoolique	0,83	1,45	0,71
Extrait aqueux	3,94	2,76	1,52
Sels solubles	1,81	2,41	1,36
Sels insolubles	1,14	1,45	0,46

E. HARDY.

Ueber die Herkunft und klinische Bedeutung der sogenannten Spermakrystalle (Origine et signification clinique des cristaux spermatiques), par P. FÜRBRINGER (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, *n°* 2, 1881).

D'après l'examen comparé du contenu des vésicules séminales et du suc prostatique sur 56 cadavres, et du produit de sécrétion de la prostate recueilli chez 20 individus vivants, l'auteur formule les conclusions suivantes :

Les cristaux du sperme découverts par Böttcher et identiques avec ce que l'on appelle les cristaux de Charcot, sont constitués par un phosphate d'une base nouvelle (Schreiner) ; ils proviennent de la sécrétion prostatique.

Ces cristaux se déposent, à peu près constamment, par la dessiccation du suc prostatique ou du sperme éjaculé ; ils ne se forment dans le produit de sécrétion isolé de la glande, sur le vivant, qu'en présence de l'acide phosphorique. C'est aussi le suc prostatique qui donne au sperme son odeur spéciale ; il la doit à la présence de la base de Schreiner à l'état de dissolution. L'odeur disparaît lorsque la base se combine avec l'acide phosphorique pour former les cristaux qui se précipitent. L'abondance des cristaux de Böttcher dans le sperme éjaculé ne prouve rien sur sa qualité. La présence des cristaux dans le liquide des écoulements urétraux est un signe de prostatorrhée. G. HOMOLLE.

Sueur et sérosité bleues à deux pigments, par AUDOUARD (*Journal de médecine de l'Ouest, décembre* 1879).

L'auteur a examiné la sueur d'un albuminurique et la sérosité provenant des jambes infiltrées d'une femme atteinte d'une affection du cœur, parvenue à la dernière période : dans les deux cas, les linges imprégnés de ces liquides présentaient une coloration bleue intense. Les analyses chimiques ont montré que deux pigments, l'indigotine et la pyocyanine, ou un autre pigment analogue, coexistaient dans ces productions pathologiques. H. L.

Ueber die Bedeutung der anorganischen Salze für die Ernährung den Thieres (De l'action des sels inorganiques sur la nutrition des animaux), par N. LUNIN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band V, p.* 31, 1881).

Le rôle des substances minérales dans la nutrition des animaux est absolument différent de celui des matières organiques. Tandis que celles-ci subissent des transformations continuelles, les matières minérales sont, en général, au maximum d'oxydation, elles ne peuvent absorber d'oxygène, ni subir une oxydation ultérieure, et il semblerait qu'elles ne doivent avoir aucune utilité. Un premier point est de savoir pourquoi leur renouvellement perpétuel est nécessaire. Cette question doit être résolue expérimentalement.

En nourrissant des chiens et des pigeons avec de la graisse, de l'amidon et de l'extrait de viande préparé suivant la méthode de Liebig, mais bien lavé pour enlever les sels minéraux, Förster trouva que les animaux mouraient, et mouraient plus vite qu'en l'absence complète de nourriture. G. Bunge en trouva l'explication dans la formation de l'acide sulfurique libre aux dépens du soufre de l'albumine. C'est l'exactitude de cette interprétation que l'auteur s'est proposé d'examiner.

Il prit des souris comme sujet d'expériences, et il leur donna comme nourriture du sucre de canne et du lait coagulé par l'acide acétique et bien lavé, et pour boisson de l'eau distillée.

Quatre souris qui ne reçurent que de l'eau distillée vécurent deux trois jours, deux autres quatre jours. Cinq qui prirent en même temps des aliments privés de sels minéraux vécurent onze, treize, quatorze, quinze, vingt et un jours.

Pour déterminer quel était le rôle de l'acide sulfurique, on ajouta du carbonate de soude aux aliments en quantité telle que les 1,5 0/0 de soufre contenu dans la caséine supposée à l'état d'acide sulfurique fussent exactement saturés par la soude. Les souris vécurent seize, vingt-trois, vingt-quatre, vingt-sept, trente et trente-six jours.

En remplaçant le carbonate de soude par du sel marin, elles vécurent six, dix, onze, quinze, seize, dix-sept, vingt jours.

La mort, dans ce dernier cas, fut donc plus rapide. Ces morts plus rapides peuvent donc être expliquées par l'action de l'acide sulfurique.

E. HARDY.

Ueber Nachweis der Salicylsäure im Harn (Sur la recherche de l'acide salicylique dans l'urine, par Arthur BORNTRAGER (*Zeitschrift für analytische Chemie, t. XX, p.* 87, 1881).

Pour reconnaître de petites quantités d'acide salicylique dans l'urine, E. Robinet précipite l'urine par l'acétate de plomb neutre, enlève l'excès de plomb par l'acide sulfurique étendu et ajoute ensuite du perchlorure de fer. Il reconnaît l'acide salicylique par la coloration qui se produit. L'exactitude de ce procédé a été contestée. L'auteur a reconnu qu'il est très exact et permet de reconnaître 0gr,002 0/0 d'acide salicylique dans l'urine, quand on emploie pour précipiter l'urine, non pas l'acétate de plomb neutre, mais l'acétate de plomb basique. E. H.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie (Leçons de pathologie générale), par COHNHEIM (*Vol. II, Berlin*, 1880, *gr. in-8° de* 560 *pages*).

Le second volume de cet important ouvrage de Cohnheim comporte moins que le premier (*R. S. M.*, t. XV, p. 443) une analyse détaillée ; car si une large part y est faite à la critique des opinions courantes sur les diverses questions de pathologie générale, du moins en Allemagne, il renferme peu d'aperçus originaux.

Les premiers chapitres sont consacrés à la *pathologie de la digestion*. Après avoir rapidement résumé les données physiologiques, Cohnheim passe en revue les troubles fonctionnels qui relèvent de l'appareil digestif (altérations sécrétoires, dyspepsie, vomissements, diarrhée, météorisme, etc.), et étudie la génèse de certaines lésions organiques, telles que les ulcérations stomacales ou intestinales, les entérites.

Il s'arrête plus longuement au foie pour discuter la pathogénie de l'ictère et du diabète sucré. L'ictère grave ne serait pas une maladie spécifique, mais résulterait d'une altération du sang, qui, elle-même, proviendrait d'une décomposition rapide des composés albuminoïdes du corps ; cette dénutrition organique expliquerait tous les phénomènes de l'ictère grave, sauf la jaunisse, symptôme qui, d'ailleurs, n'est pas constant.

Quant au diabète sucré, Cohnheim s'attache plutôt à critiquer les théories connues qu'à en émettre une nouvelle. Sa conception de la pathogénie du diabète est éclectique ; tantôt diminution dans la consommation du sucre, tantôt excès des matières albuminoïdes, telles seraient les causes de la glycémie.

Vient ensuite la *pathologie de la respiration*. Cohnheim étudie ce que devient cette fonction : 1° Quand les voies aériennes sont altérées ;

2° quand l'appareil moteur est entravé dans son fonctionnement ; 3° quand il existe des troubles circulatoires ; il insiste surtout sur le mécanisme et les conséquences de la dyspnée et de l'asphyxie.

L'analyse des effets produits par l'ingestion des corps étrangers l'amène à se prononcer sur la nature de la *tuberculose*. Il la considère comme une maladie infectieuse le plus souvent « d'inhalation ». Dans la même classe, doivent être rangées, Cohnheim le dit en passant, non seulement la grippe, la coqueluche, la diphtérie, mais encore la pneumonie fibrineuse aiguë et certaines bronchites ou laryngites.

La *pathologie de l'appareil urinaire* est longuement étudiée dans les chapitres suivants ; dans cet exposé complet des questions de pathologie générale qui sont afférentes à cet appareil, pathogénie de l'albuminurie, de l'hypertrophie cardiaque chez les brightiques, de l'urémie, etc., nous ne voyons aucune vue nouvelle à signaler.

Enfin la *pathologie de la calorification* fait l'objet de la dernière partie. Après avoir mis en relief les lois qui président à la production et à la déperdition de la chaleur animale, Cohnheim nous donne une étude très intéressante du processus fébrile, sans pouvoir en fournir une physiologie absolument satisfaisante.

La fièvre est due à un agent morbide, que souvent l'on n'a pu isoler, mais qui sans doute est toujours de nature organique. Tantôt il vient du dehors (schizomycètes infectieux, bactéries), tantôt il se forme aux dépens de l'organisme lui-même, quand les tissus sont soumis à une fonte rapide.

Production exagérée de chaleur d'une part, impuissance de l'économie à se débarrasser de cet excès de calorique d'autre part, tels sont les deux facteurs de l'hyperthermie fébrile. L'exaltation du pouvoir calorificateur provient, toutes les expériences en font foi, de la suractivité des processus d'oxydation. D'un autre côté, ce serait la contraction tétanique des vaisseaux cutanés, par perturbation des centres vaso-moteurs, qui, enrayant la déperdition du calorique, empêcherait l'équilibre thermique de se rétablir.

Ce remarquable traité de pathologie générale pourrait être considéré comme complet, autant que peut l'être aujourd'hui un ouvrage de ce genre, si Cohnheim n'avait laissé de côté toutes les questions qui concernent le système nerveux et le système locomoteur. L'étude des troubles fonctionnels de l'appareil locomoteur lui a semblé sortir de son cadre ; quant à la pathologie générale nerveuse, il a fait en vain appel à la collaboration d'hommes plus compétents que lui ; tous ont reculé devant les difficultés d'une pareille tâche. L. D.-B.

Du processus de coagulation et de ses modifications dans les maladies, par G. HAYEM (*Union médicale*, 11, 14, 18 *juin* 1881, *in Soc. méd. des hôpitaux*).

L'auteur indique d'abord les moyens d'étude applicables au processus de coagulation, soit l'examen du sang en couche mince au moyen de la cellule argentée, l'examen qualitatif du sang à l'aide d'un réactif particulier (eau distillée 200 gr., chlorure de sodium pur 1 gr., sulfate de soude 5 gr., bichlorure de mercure pur 0gr.50) ; soit la préparation

du réticulum fibrineux par lavage et coloration à l'aide de l'iode ou de la fuchsine.

Puis il donne la description du processus dans le sang normal : agglomération des hématies en piles limitant des espaces plasmatiques, formation de traînées filamenteuses partant des hématoblastes.

Dans le sang normal, disposé en couche mince, le réticulum est presque totalement invisible; les hématies prennent part au phénomène de coagulation en s'entourant d'une matière visqueuse qui reste molle jusqu'au moment de la coagulation; dès que celle-ci est effectuée, cette matière devient solide et filamenteuse.

Le processus se modifie dans les phlegmasies; on peut prendre comme type le sang de la pneumonie franche. Les hématies réunies en piles forment des sortes d'amas, circonscrivant des lacs où l'on voit un nombre insolite de globules blancs. Au bout d'un temps plus long que pour le sang normal, on voit paraître des fibrilles entrecroisées en treillis, de plus en plus nombreuses et nettes. Ces fibrilles sont bien plus volumineuses que normalement.

Par le lavage et la coloration, on voit que le réticulum est formé de plusieurs couches de fibrilles, qui retiennent adhérents quelques globules blancs; ceux-ci fournissent peut-être une partie de leur substance au moment de la coagulation. Entre les fibres de ce réticulum coloré, on voit des espaces clairs parcourus par un fin réseau à mailles régulières, qui tient la place des hématies chassées par le courant d'eau.

En mélangeant du sang avec le liquide indiqué, on voit se former des grumeaux, visibles quelquefois à l'œil nu, se présentant sous forme d'amas composés d'une matière granuleuse, visqueuse; ce sont les plaques phlegmasiques. Ces plaques sont constantes dans les phlegmasies.

Ces caractères du sang se retrouvent aussi dans les inflammations symptomatiques de la tuberculose, par exemple; dans les phlegmasies chroniques, avec certaines modifications proportionnelles à l'intensité des phénomènes locaux.

Dans les maladies hémorragiques, il y a le plus ordinairement une augmentation de la fibrine, qu'il s'agisse du scorbut ou du purpura hemorrhagica.

Dans les pyrexies, au contraire, le sang examiné en couche mince ne présente aucune altération; de même dans la tuberculose aiguë; mais le nombre des éléments du sang se modifie; ainsi, dans la fièvre typhoïde, les globules blancs sont moins nombreux; de même pour les hématoblastes. Le liquide spécial ne forme pas de plaques phlegmasiques. Il y a donc une sorte d'arrêt dans la formation des éléments figurés, arrêt qui prend fin à l'époque de la défervescence. L'examen du sang dans les fièvres éruptives donne des résultats analogues. En cas de complications inflammatoires, le sang prend les caractères qui lui sont propres dans le cours des phlegmasies.

Il est très difficile de dire au juste quand commence l'état dit cachectique; l'examen du sang ne donne pas sur ce point de renseignements précis. Il y a altération dans la grandeur et les dimensions des globules, comme dans toutes les anémies; les hématoblastes sont beau-

coup plus nombreux ; on ne voit pas cependant se dessiner de réticulum fibrineux. Avec le liquide spécial, il se forme, dans certains cas, des grumeaux, que l'on peut appeler plaques cachectiques, formés par une matière plus ou moins granuleuse, où sont englobés des hématoblastes et quelques globules blancs ou rouges. Ces plaques sont plus petites que les plaques phlegmasiques, ont un bord plus nettement limité; les hématoblastes qu'elles comprennent sont volumineux; enfin, elles sont moins visqueuses.

Si la cachexie est liée à une affection chronique de nature inflammatoire, les caractères du sang deviennent mixtes, les globules blancs se multiplient, le réticulum devient plus visible. Les hématoblastes sont beaucoup plus nombreux que normalement; leur multiplication a donc lieu : 1° lorsqu'à la suite d'une affection aiguë ou d'une perte sanguine le sang se répare rapidement; 2° lorsque, dans une maladie chronique quelconque, l'évolution du sang est anormale et que la transformation des hématoblastes en hématies est plus ou moins entravée. H. L.

De l'œdème viscéral, par CARRIEU et P. FRANÇOIS (*Gazette hebdomadaire de Montpellier*, *n*os 6, 11 *et* 16, 1881).

Malgré ce titre général, le mémoire publié par Carrieu et P. François s'occupe spécialement des lésions du rein dans les affections cardiaques. Ces auteurs font ressortir les lacunes des connaissances actuelles en histologie sur l'œdème viscéral qui accompagne les lésions cardiaques au même titre que l'œdème cutané. Elles tiendraient à ce que les méthodes jusqu'ici employées n'ont pas permis de constater le liquide plasmatique dont sont gorgés les éléments de ces organes, et, en particulier, les parties périvasculaires. En coagulant, par la chaleur, les liquides albumineux interstitiels, sans exclure, bien entendu, l'action des autres réactifs habituellement employés, on peut, pour ainsi dire, surprendre la lésion à l'état vivant, en expliquer la pathogénie et la faire rentrer dans la loi commune tirée des connaissances acquises sur l'œdème en général.

L'étude ainsi pratiquée montre, dans le rein cardiaque, en premier lieu, l'existence d'un exsudat albumineux avec globules blancs siégeant dans l'intérieur de la capsule glomérulaire. Une altération analogue se voit le long des vaisseaux dilatés, dont la tunique externe et les parties voisines contiennent des cellules lymphoïdes noyées dans un plasma coagulable. Enfin les espaces lymphatiques élargis sont, ainsi que le tissu conjonctif ambiant, remplis de ces mêmes cellules arrêtées dans leur développement, n'ayant que peu de tendance à l'organisation et souvent même en régression.

L'altération du rein cardiaque est donc complexe. Pour en saisir le mécanisme, il faut l'étudier en détail : dans l'évolution des lésions, on peut décrire deux périodes bien distinctes : la première est caractérisée par la stase sanguine et l'extravasation qui en est la conséquence. L'altération atteint les substances médullaire et corticale, mais est plus marquée dans ces dernières. Les corpuscules sont devenus volumineux, le paquet vasculaire presque toujours turgescent, dilaté : dans presque tous les corpuscules il existe entre la glomérule et la capsule un exsudat

de nature albuminoïde, présentant sur les coupes une forme plus ou moins régulièrement semi-lunaire, comme cela est bien visible sur une des préparations dessinées à la chambre claire et rapportées dans le mémoire. L'exsudat envahit aussi les parties voisines des vaisseaux et les tubes contournés ; plus tard, le tissu conjonctif prolifère et l'aspect du rein rappelle celui du petit rein contracté. Quel est le mécanisme de ces lésions ? Tout d'abord, la stase sanguine due à l'augmentation de pression dans le système veineux et capillaire, en même temps que la force contractile du cœur, est diminuée. Mais le plasma et les globules passent bientôt au travers des parois et se répandent dans les parties voisines, d'où formation de l'œdème et parfois de petites hémorragies. A cause de sa structure même, le glomérule de Malpighi est le premier et le plus gravement atteint : les lésions des tubes ne seraient donc que consécutives à la présence de l'exsudat qui a déjà envahi le corpuscule et le tissu interstitiel.

Il est probable que les éléments du tissu conjonctif jouent aussi un rôle dans ce processus. Si, au début, les éléments cellulaires arrondis trouvés autour des vaisseaux, qui ont la plus grande analogie avec les globules blancs, sont très probablement des cellules migratrices, il n'est pas douteux, d'après les réactions qu'elles fournissent, que leur vitalité est faible, et, de plus, qu'à cette époque l'altération n'est pas indélébile, la résorption étant relativement facile pour un liquide plasmatique et pour ces éléments migrateurs. Cette altération correspond complètement à la description de l'œdème des autours, caractérisé par un épanchement de sérosité albumineuse, contenant des globules blancs et écartant les fibres du tissu conjonctif : c'est là la première période de l'altération, période jusqu'ici à peu près ignorée.

Les éléments cellulaires, disséminés dans l'interstice des tissus, deviennent à la longue une cause d'irritation qui entraîne des modifications de la charpente conjonctive. Celle-ci devient alors plus épaisse, fortement fibrillaire, elle est le siège d'un travail de prolifération. Sous cette influence, le rein se rétracte, ses éléments épithéliaux tombent, les glomérules s'atrophient, la lésion maintenant n'est plus susceptible de régression, elle est permanente. Une néphrite chronique fait suite à l'œdème. C'est ainsi qu'à la suite de fluxions répétées ou d'œdèmes prolongés, la peau s'indure et une dermite chronique prend la place de la lésion œdémateuse.

Carrieu et François sont amenés à penser, par l'examen des différents cas soumis à leur observation, que toute lésion cardiaque, quelle que soit son origine, n'a pas toujours un effet identique sur le rein : c'est ainsi que les lésions rénales ont offert certaines différences, selon qu'elles étaient consécutives à des lésions cardiaques d'origine rhumatismale ou d'origine alcoolique. Aussi, pensent-ils qu'il vaudrait mieux rapporter les lésions du cœur et du rein à une affection générale qui les tient l'un et l'autre sous sa dépendance, et établir les distinctions selon la cause première qui les produit. Dans le rhumatisme, en particulier, ne pourrait-on pas considérer les phénomènes décrits plus haut comme une néphrite rhumatismale, la surface interne du glomérule étant considérée comme une séreuse ? La pathogénie, il est vrai, la rattache tout aussi intimement à la lésion cardiaque. Ces faits prouvent d'ailleurs qu'il est

important de faire intervenir la notion d'étiologie pour arriver à la nature de la maladie. A. MOSSÉ.

I. — Recherches sur les altérations anatomiques de la phlegmatia alba dolens, par DAMASCHINO (*Soc. Méd. des Hôpitaux. Union médic.*, 7 *septembre* 1880).

II. — Phlegmatia alba dolens, par TROISIER (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1880).

I. — Ce travail est basé sur l'étude de 6 cas d'âge différent, et qui tous ont trait à des phtisiques ou à des cancéreux parvenus à la période cachectique de leur maladie.

Les caillots qui remplissent les veines atteintes de phegmatia alba dolens lorsqu'ils sont tout à fait récents, présentent le plus souvent à l'œil nu un aspect à peu près homogène ; les coupes transversales pratiquées après durcissement, montrent chez des malades morts au bout de 6 à 7 jours de la phlegmatia une série de couches concentriques de fibrine, colorables par le picro-carmin. Ces couches emboîtées les unes dans les autres sont séparées par des amas de globules du sang nullement altérés ; les globules blancs ne semblent point en proportion anomale relativement au nombre des rouges. Ces couches ne sont pas exactement concentriques aux parois veineuses ; elles sont disposées en lames d'autant plus serrées que l'on se rapproche de la paroi postérieure du vaisseau, d'autant plus épaisses et plus éloignées que l'on se rapproche de la paroi antérieure.

La disposition par couches n'est pas constante ; la fibrine peut se montrer sous forme d'amas volumineux, souvent réticulés.

Au niveau et au-dessus des valvules il existe trois groupes de caillots, ayant chacun leurs couches de fibrine propres, l'un médian, les deux autres latéraux. A cette période du début les parois vasculaires sont peu altérées ; çà et là on retrouve des cellules endothéliales adhérentes au caillot, ou flottantes entre le caillot et la paroi.

Chez des sujets morts de 10 à 15 jours après le début, les modifications sont plus accusées ; la tunique interne est souvent épaissie par places ; le tissu cellulaire périveineux est condensé ; le coagulum devient de plus en plus adhérent à la paroi et semble se continuer avec elle sans démarcation bien nette.

Les couches les plus extérieures du caillot sont infiltrées d'éléments cellulaires jeunes, qui offrent une tendance marquée à se disposer sous forme de séries parallèles à l'axe du vaisseau ; quelques-unes sont déjà fusiformes. Dans la partie centrale les globules rouges ont pâli, la fibrine devient granuleuse ; quelquefois elle présente un réticulum très fin et serré.

A une période plus avancée, les éléments embryonnaires prennent les caractères du tissu conjonctif jeune ; on voit se former des vaisseaux sanguins capillaires.

Sur des cas anciens (2 à 3 mois) les tuniques veineuses sont très épaissies, les dimensions du vaisseau très diminuées ; la veine tend à s'aplatir. L'intérieur présente un aspect comme criblé ; on rencontre, surtout au voisinage des parois, un grand nombre de lacunes mesurant depuis °,03 ou °,04 jusqu'à 1^{mm},25.

Ces cavités, dirigées selon l'axe de la veine, constituent une série de

canaux communiquant entre eux ; ils possèdent des tuniques incomplètes constituées par un endothélium et une membrane propre. Ces jeunes vaisseaux sont d'autant plus complètement constitués que l'on se rapproche plus des parois veineuses ; en s'en écartant, au contraire, on retrouve de nombreux grains d'hématine et des restes de fibrine granuleuse ou réticulée, autour des néo-capillaires. Au centre même de la veine, on rencontre de la fibrine homogène ou réticulée, entourée d'éléments embryonnaires, et fendillée par places.

A cette période les parois veineuses sont très épaissies ; on trouve des éléments embryonnaires dans les diverses couches.

L'examen des pièces ne permet pas de décider si les éléments embryonnaires sont des cellules migratrices, ou des éléments fixes provenant de la paroi veineuse elle-même. Les altérations pariétales sont évidemment consécutives à la présence du caillot.

II. — La phlegmatia alba dolens est une affection essentiellement caractérisée par un œdème particulier, accompagné de douleurs, dû à la coagulation spontanée du sang dans l'intérieur des veines : telle est la définition de l'auteur.

Dans un historique intéressant, il nous montre que la première bonne description clinique est due à White (1784), la première bonne exposition de l'anatomie pathologique à Davis (1823), l'étude des vaisseaux utérins à Lee (1829).

L'anatomie pathologique ne comporte, à proprement parler, que l'étude des lésions veineuses ; l'auteur nous montre l'aspect extérieur des caillots soit cruoriques, soit fibrineux, leur origine au niveau d'un éperon ou dans un nid valvulaire ; puis les modifications subies par le thrombus, sa transformation granulo-graisseuse, le ramollissement puriforme de la partie centrale, que l'on prenait autrefois pour du pus collecté en abcès, ramollissement qui peut se généraliser, et être un processus de guérison.

Il insiste surtout sur la transformation organique du thrombus, sur ce qu'on a appelé les caillots organisés. Le caillot récent cruorique est constitué par un réticulum fibrineux contenant dans ses mailles les globules blancs et rouges ; ce réticulum fibrillaire très délicat est sillonné par des travées plus épaisses.

Ces travées sont constituées par une substance amorphe, et quoiqu'elles se colorent par le carmin, on doit les considérer comme étant formées de fibrine modifiée. La face interne de la veine est tapissée par une ou plusieurs rangées de leucocytes.

A ce moment l'endothélium vasculaire se tuméfie et desquame, la membrane interne s'épaissit étant alors formée de fibrilles du tissu conjonctif et de cellules plates ; elle est parcourue par des capillaires de nouvelle formation dont la paroi consiste en un revêtement de cellules amellaires, à gros noyaux, tapissant le tissu fibreux homogène qui les entoure.

La membrane interne ainsi végétante se continue sans ligne de démarcation avec la partie fibrineuse du caillot.

Ces lésions ont été observées dans un cas de phlegmatia remontant à 5 ou 6 jours.

Dans un cas datant de 20 à 25 jours l'inflammation de la veine porte

sur sa paroi tout entière ; la vascularisation est plus riche ; les cellules prolifèrent ; la membrane est remplacée par une couche de tissu conjonctif jeune et vascularisé ; les vaisseaux sont à la périphérie de larges sinus, en dedans des capillaires limités par de grandes cellules endothéliales ; le thrombus forme alors une masse granuleuse ou feutrée dans laquelle pénètrent les bourgeonnements de la membrane interne.

La partie la plus ancienne de ces végétations contient de grands espaces lacunaires, aplatis, souvent cloisonnés, communiquant d'une part avec les vasa-vasorum de la tunique moyenne, d'autre part avec les capillaires en voie de formation de la portion interne du bourgeon. Ces lacunes forment un véritable système caverneux, elles possèdent un endothélium formé de cellules plates revêtant le tissu fibreux périphérique, les cavités sont remplies de globules rouges vivants et circulants.

Au bout d'un certain temps, le tissu embryonnaire se change en tissu conjonctif adulte, fibreux : ses vaisseaux s'agrandissent et communiquent largement avec les vasa-vasorum.

La veine peut présenter quelquefois la transformation caverneuse ; les lacunes sont alors plus nombreuses, plus rapprochées.

Après cette étude de la phlébite proliférante, l'auteur discute la question de l'organisation de la fibrine.

D'après lui, le caillot est le siège d'un travail évident d'organisation ; quelques jours après la ligature d'une veine on y voit des cellules conjonctives qui prolifèrent, et peu après un réticulum de fibrilles conjonctives, et des capillaires de nouvelle formation.

D'où viennent ces éléments cellulaires ? L'auteur rejette l'opinion de Virchow, de Rindfleisch et de Weber sur le rôle des leucocytes du caillot, pour rattacher cette organisation du caillot à son envahissement par les bourgeons de la tunique interne. Donc, loin de s'organiser, le sang coagulé meurt.

Dans le chapitre pathogénique, l'auteur rattache tous les cas de phlegmatia à un état de l'économie, commun à toutes les maladies où se rencontre cet accident, l'état marastique. Il y a toujours une cause générale qui préside à la coagulation spontanée du sang. L'auteur cite des cas observés dans le cours de la pleurésie purulente, dans la convalescence d'une pneumonie franche ou d'une pleuro-pneumonie chez un rhumatisant, après une intoxication palustre, après une ovariotomie.

Il donne les résultats des recherches sur la cause intime de la coagulation du sang. Il ne croit pas admissible la théorie de la phlébite spontanée ou propagée ; il adopte celle de la thrombose spontanée ; mais il n'accorde à la stase sanguine, aux altérations du sang, encore si mal connues qu'un rôle secondaire, il n'y voit que des causes adjuvantes. Ce serait à l'influence de la paroi sur le sang qu'appartiendrait le rôle capital dans la coagulation du sang

L'auteur, dans l'étude des symptômes, procède par une description analytique. Il cite comme complication rare la gangrène cutanée, dont il donne une observation. Il passe rapidement sur la valeur nosologique, et le diagnostic différentiel de la phlegmatia pour insister sur la physiologie pathologique. L'obstruction veineuse domine tout l'ensemble symptomatique ; d'après des expériences pratiquées sur des chiens, l'auteur

tend à admettre que la douleur de la phlegmatia n'est pas due à l'irritation des nerfs par les veines thrombosées, comme le veut Virchow, mais, à la veine elle-même, non seulement lorsque s'est développée l'endophlébite, mais au début même, dès que se produit la concrétion ; d'une sensibilité obtuse à l'état normal, les veines deviendraient douloureuses sous l'influence du corps irritant formé par le sang coagulé.

Dans quelques lignes consacrées à la phlegmatia d'origine lymphatique l'auteur donne des raisons concluantes pour rejeter l'existence de cette affection, admise par Graves et Tilbury Fox. H. L.

De l'hypertrophie des amygdales, et en particulier de son anatomie pathologique, par CORNIL (*Société de biologie, Gazette médicale*, 1881). — *Idem*, **par GAILLARD** (*Thèse de Paris*, 1881).

Cette thèse, inspirée par M. Cornil, renferme une description intéressante de l'anatomie pathologique des amygdales hypertrophiées. En voici un court résumé :

L'hypertrophie des amygdales est due à l'augmentation du volume du tissu réticulé et des follicules de l'organe, et à la formation nouvelle de faisceaux de fibres de tissu conjonctif dans le chorion muqueux de la muqueuse superficielle et de celle qui tapisse les dépressions.

La muqueuse de la surface est étalée, repoussée par l'hypertrophie du tissu de l'amygdale.

Le tissu réticulé périfolliculaire présente des faisceaux de fibres du tissu conjonctif très épais, tandis que, dans le réticulum des follicules, on observe des cellules tuméfiées, granuleuses, à noyau ovoïde.

H. LELOIR.

Tumeur lymphadénique (intra et extracranienne) de la voûte du crâne, par Robert JAMIN (*Bull. Soc. anat.*, 19 *mars* 1881).

Homme de 45 ans, charretier. Pas de syphilis. Depuis deux ans, douleurs frontales accompagnées de vertige et de vomissements, survenant à intervalles d'une quinzaine. En octobre 1880, violente contusion au-dessus de la bosse frontale droite. Quinze jours après, apparition de la tumeur, aggravation de la céphalée, qui est presque continue.

A son entrée à l'hôpital, 17 janvier 1881, la tumeur mesure 6 à 7 centimètres de diamètre, n'adhère pas à la peau; irréductible et adhérente à l'os, elle est bosselée et donne à la pression une sorte de crépitation. Pas de convulsions, pas de contractures, pas de trouble sensoriel, ni de paralysie. On diagnostique ostéosarcome avec saillie intracranienne. Sous l'influence de petites doses de sulfate de quinine et d'acide arsénieux, il y eut pendant quelques jours une amélioration dans les douleurs, mais la tumeur continua à grossir rapidement. Un mois plus tard, hémiplégie; mort le 2 mars sans convulsion ni contracture, dans un état comateux.

A l'autopsie (partielle) on voit que la tumeur fait saillie à travers la dure-mère éraillée dans la masse encéphalique. Au-dessous de la tumeur, foyer hémorragique intraventriculaire de date récente. Le cerveau présente une dépression énorme sur le lobe antérieur droit, avec refoulement léger du lobe gauche correspondant. Ce sont les trois premières circonvolutions frontales qui ont subi cet aplatissement.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lymphadénome. A. C.

Recherches anatomiques sur un cas de macroglossie, mémoire accompagné d'une planche, par G. VARIOT. (*Journ. de l'anat. et de la physiol., nov.* 1880).

L'étude anatomique de la macroglossie n'a encore donné lieu qu'à des hypothèses souvent contradictoires : tandis qu'en France on admet, depuis Sédillot, une néoformation de tissu musculaire, en Allemagne les auteurs invoquent une ectasie lymphatique, ou même une véritable tumeur caverneuse lymphatique.

Ayant eu l'occasion d'analyser avec soin une langue qui présentait un type parfait de macroglossie, l'auteur a constaté les lésions suivantes : 1° épaississement de la muqueuse avec hypertrophie des papilles et altérations épithéliales semblables à celles que l'on observe dans l'eczéma ; 2° zone sous-muqueuse lacunaire, d'aspect réticulé, avec espaces remplis de leucocytes ; 3° couche profonde formée d'une masse de tissu fibreux creusé de lacunes en forme de fentes. Tout cet ensemble de lésions doit être rapporté à des ectasies lymphatiques résultant de la dilatation du réseau normal, et, en effet, on connaît, d'après les recherches du professeur Sappey, la prodigieuse richesse de la langue en voies lymphatiques. M. DUVAL.

Ueber subphrenische Abscesse, par JAFFÉ (*Deutsch. med. Wochenschrift, n°* 16, 1881).

1° Un homme de 30 ans se présente avec les signes d'un abcès périty-phlique paraissant ouvert secondairement dans la plèvre gauche, d'où matité à la base droite avec absence de respiration à ce niveau, bruit skodique sous la clavicule. On fait d'abord une large incision à la paroi abdominale d'où s'écoule plus d'un litre de pus infect auquel se mêlent des fragments de tissus mortifiés. On pénètre ainsi dans une cavité qui semble extérieure au péritoine. La collection purulente attribuée à la plèvre, qui persiste après cette opération, est évacuée deux jours plus tard au moyen d'une incision dans le septième espace intercostal et le malade mis au bain permanent antiseptique. Le malade meurt sept jours après. A l'autopsie, abcès stercoral consécutif à la perforation de l'appendice cæcal. Au-dessus du foie se trouve une cavité pouvant admettre une tête d'enfant, limitée en haut par le diaphragme, à gauche par le ligament suspenseur du foie, en bas par le lobe droit du foie, atteignant la quatrième côte et ne communiquant pas avec le premier foyer. Un peu de péritonite dans le voisinage, rien dans les plèvres.

2° Un cocher de 24 ans a été écrasé par une lourde voiture de brasseur. On trouve au bout de huit jours, à gauche de la matité jusqu'au milieu de l'omoplate en arrière, jusqu'à la septième côte dans l'aisselle, jusqu'à la troisième en avant ; absence de vibrations, légère respiration bronchique, et au niveau de l'omoplate pectoriloquie évidente. Le 11 septembre 1880, ponction, quinze cents grammes de liquide sanguinolent. Cette opération est suivie d'une amélioration très notable, mais dix-sept jours après, il devient nécessaire de la pratiquer de nouveau, et on retire alors un litre et demi de liquide brun. Péritonite. Mort.

L'autopsie montre qu'il ne s'agit pas ici d'une collection pleurale : il existe à gauche, au-dessous du diaphragme intact, une grande poche remontant jusqu'au niveau de la sixième côte, limitée en bas par le côlon descendant,

à droite par le mésentère, en arrière par le pancréas et le rein gauche, entourant en grande partie la rate ramollie.

C'est la déchirure de la rate qui a été la cause de cet abcès sous-diaphragmatique. L. GALLIARD.

Das Glycogen in normalen und pathologischen Epithelien (Le glycogène dans les cellules épithéliales normales et pathologiques) par A. SCHIELE (*Dissert. Bern*, 1880).

Langhans a trouvé dans les cellules d'un cancer du testicule et dans l'épithélium stratifié d'une excroissance de l'urètre, chez la femme, du glycogène en petites masses brillantes ayant la forme de croissants. Schiele a constamment trouvé du glycogène dans les cellules d'épithélium pavimenteux stratifié, soit sous forme de gouttelettes isolées ou multiples, remplissant quelquefois presque complètement les cellules, soit sous forme de croissants. Les cellules des couches moyennes sont les plus riches en glycogène, les inférieures en sont dépourvues. On n'en trouve pas dans les épithéliums cylindriques et dans ceux qui ne forment qu'un petit nombre de couches stratifiées. Il y en avait en abondance dans les cellules de cancroïdes des lèvres, de la langue, des grandes lèvres, du gland, et dans l'épithélium d'un gros condylome. Lorsque la nutrition est en souffrance, le glycogène disparaît, mais non pas simultanément dans toutes les muqueuses. G. HOMOLLE.

Cirrhose totale du pancréas avec hypertrophie de l'organe, par ARNOZAN et VAILLARD (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 49, 3 *juillet* 1881).

Sur un homme de 40 ans, mort de tuberculose pulmonaire, MM. Arnozan et Vaillard ont recueilli un pancréas dont le volume était considérable. En effet, cet organe mesurait 36 centimètres de longueur et offrait un poids de 190 grammes. L'examen microscopique a démontré que les éléments glandulaires avaient été détruits et remplacés par une prolifération abondante de tissu conjonctif; il existait une véritable cirrhose hypertrophique. Le point de départ de la lésion semblait devoir être rapporté à une inflammation de la capsule, la sclérose étant, d'une part, plus prononcée à la surface, et d'autre part, les vaisseaux n'offrant aucune des lésions, qui, dans certains cas, caractérisent une des variétés de la cirrhose. OZENNE.

Klinische Beiträge zur Kasuistik der Pancreaserkrankungen (Contributions cliniques à la pathologie du pancréas), par DROZDA (*Wien. med. Presse*, n° 31, 1880).

I. — Dans la première observation, une gomme du pancréas comprimant d'abord la veine splénique et quelques ramifications de la veine porte, puis le tronc porte lui-même, a donné lieu à un ensemble symptomatique analogue à celui de la cirrhose du foie: gonflement de la rate, ascite, circulation collatérale de la paroi abdominale antérieure. Le sujet manifestement syphilitique, âgé de 34 ans, offrait de plus des signes d'ulcère stomacal, douleur vive à l'épigastre, vomissements bilieux, hématémèses répétées, anémie profonde. Les hématémèses ayant hâté la terminaison fatale, on trouva à l'autopsie une tumeur pancréatique dure, blanc nacré, avec quelques noyaux ca-

séeux, ne laissant intacte qu'une petite portion de la glande. Une autre gomme, fort petite, existe à la surface du lobe droit du foie et sa présence ne peut avoir influencé le processus clinique. La muqueuse de l'estomac présente au niveau de la grosse tubérosité une cicatrice étoilée qui adhère intimement à la rate par un tissu fibreux épaissi. Les reins portent les traces d'une inflammation chronique.

II. — Il s'agit ici d'un carcinome fibreux du pancréas envahissant la paroi postérieure de l'estomac; la muqueuse de ce dernier organe est ulcérée dans la région du cardia sur une assez grande étendue. Il existe des noyaux cancéreux dans le foie, le péritoine, au fond du cul-de-sac utéro-rectal, et de plus des traces de néphrite chronique.

L'auteur avait diagnostiqué un carcinome stomacal: il existait en effet une tumeur dans la partie droite de l'épigastre, de la douleur à la pression, une sensation de plénitude avec dilatation de l'estomac; la malade, une femme de 33 ans, avait des vomissements fréquents, un aspect cachectique et de l'albuminurie. Il aurait été difficile d'éviter une pareille erreur de diagnostic. L. GALLIARD.

Cirrhose hépatique d'origine syphilitique. Thrombose de la veine porte et des veines mésentériques et spléniques. Varices de l'œsophage et de l'estomac, par LEDUC (*Progrès médical*, 28 *mai* 1881).

Lén., âgée de 49 ans, entre à l'hôpital le 26 octobre; elle accuse comme antécédents morbides des accidents syphilitiques remontant à 25 ou 30 ans, soignés par un traitement régulier. Depuis 8 à 10 mois, elle éprouve des phénomènes dyspeptiques, et depuis 4 semaines son ventre a pris un développement considérable.

A la fin d'octobre, elle présente les symptômes caractéristiques de la cirrhose, avec une vive dyspnée; on pratique le 27 octobre une ponction donnant issue à 21 litres de liquide ascitique; on doit la réitérer le 15 et le 29 novembre, puis le 11 décembre. La quantité de liquide retiré étant toujours à peu près la même. Le 11 décembre au soir, la malade est prise d'une hématémèse abondante et meurt le lendemain.

A l'autopsie, on trouve les intestins contenant du sang liquide, qui s'est infiltré dans la partie inférieure des parois de l'iléon; l'estomac distendu par du sang liquide également, et près du pylore qu'entourent de grosses veines variqueuses, on voit une veine plus volumineuse présentant une ouverture obstruée par un caillot récent; dans l'œsophage, varices veineuses sans rupture.

Les veines mésentériques sont bouchées par des caillots semi-fibrineux, depuis le bord de l'intestin jusqu'à la veine porte qu'obstrue un caillot fibrineux assez adhérent aux parois du vaisseau; il en est de même pour la veine splénique.

Le foie, peu atrophié, est sillonné par des tractus blancs formant des dépressions assez profondes; sa surface est inégale, lobulée. La rate est hypertrophiée. H. L.

Ein Fall von suppurativer Entzündung der linken Nebenniere (Un cas de suppuration de la capsule surrénale gauche), par CHVOSTEK (*Wien. med. Presse*, n° 45, 1880).

Un dragon de 22 ans, atteint déjà à plusieurs reprises de coliques néphrétiques, souffre d'une douleur vive au côté gauche. Il a des frissons, du vertige, des rêvasseries, la langue sale, des vomissements. La matité splénique

est considérablement augmentée et dans la région de la rate existe une tumeur résistante, douloureuse à la palpation. 39°,4 le soir du 1er août 1880.

Le 16 août on peut délimiter la tumeur qui s'étend de la sixième côte à la crête iliaque et s'avance jusqu'au voisinage de la ligne médiane.

Au voisinage de la dixième côte existe une saillie élastique, arrondie, sensible à la pression, que l'auteur ponctionne avec un aspirateur ; il retire une quantité de pus infect, et constate ensuite la diminution de la tumeur.

24 août. L'urine, qui n'a pas été examinée jusqu'ici, contient du pus et quelques globules rouges. Les mouvements de la cuisse gauche sont difficiles et douloureux.

5 septembre. Pleurésie gauche avec épanchement. Au point où la ponction a été pratiquée, son tympanique.

22 septembre. Le malade a eu des frissons répétés. L'état général est mauvais. La température s'abaisse à 34°,6. A aucun moment on n'a noté de coloration bronzée des téguments.

25 septembre. La température reste basse ; le soir 32°,2. Mort à 8 heures.

A l'autopsie l'auteur trouve, au lieu de l'abcès splénique diagnostiqué pendant la vie, un vaste abcès périnéphrique limité en haut par le pancréas et par la rate qui a un volume normal, en bas par le ligament de Fallope, en arrière par le psoas iliaque qu'envahit la suppuration. Deux orifices permettent de pénétrer dans une cavité formée par le parenchyme du rein gauche complètement détruit et par le bassinet. L'orifice supérieur de l'uretère est obturé par un calcul pesant 2 grammes, gros comme une noisette. La capsule surrénale gauche pèse 2 grammes, elle est augmentée de volume, et adhère au rein par un tissu induré. Sur une coupe on reconnaît l'écorce de coloration brun foncé et la substance médullaire ramollie, suppurante ; la cavité formée dans son épaisseur ne communique en aucun point avec la poche périnéphrique.

Du côté droit la capsule surrénale ne pèse que 8 grammes ; le rein contient quelques foyers de suppuration.

Les deux plèvres contiennent de la sérosité louche, 500 grammes à gauche.

L. GALLIARD.

Ueber das Vorkommen lymphatischen Gewebes in der Schleimhaut des harnleitenden Apparates des Menschen (De la présence de tissu lymphatique dans la muqueuse de l'appareil urinaire de l'homme), par CHIARI (*Stricker's med. Jahrb., Heft I, p.* 10, 1881).

Sous l'influence de processus inflammatoires subaigus ou chroniques, le tissu lymphatique peut se développer dans les muqueuses sous forme de nodules isolés, parfaitement analogues aux follicules clos du gros intestin, entourés de zones d'hyperhémie, capables de se résorber après une existence assez longue et de subir la dégénérescence graisseuse, mais ne s'abcédant pas et ne laissant jamais à leur place de cicatrices durables.

Sæmisch a étudié ces productions dans la conjonctive (conjonctivite folliculaire). L'auteur les décrit dans la muqueuse des voies urinaires, et comme il les voit constamment coïncider avec un catarrhe de cette muqueuse, contrairement à l'assertion de Hamburger, qui les a trouvés une fois chez un supplicié à l'état physiologique sur l'uretère et le bassinet, il propose les dénominations de pyélite, d'urétrite, de cystite et d'urétrite folliculaires.

Voici le résumé des huit observations de l'auteur :

1. — Homme de 45 ans, tuberculeux. Sur toute l'étendue de la muqueuse de l'appareil excréteur de l'urine, nodules nombreux, pâles ou grisâtres, gros comme des grains de mil ou des grains de chènevis, légèrement saillants à la surface. Au microscope, on les trouve entourés d'une capsule conjonctive et constitués par un réticulum délicat, dont les mailles sont remplies d'éléments lymphatiques. Autour d'eux, dilatation des vaisseaux sanguins et infiltration de la muqueuse et de la tunique sous-muqueuse par les mêmes cellules lymphoïdes. On ne voit pas de vaisseaux lymphatiques. (Ce cas est discutable en raison de la tuberculose du sujet.)

2. — Même constatation chez une femme de 23 ans atteinte de néphrite suppurée avec cystite et pyélite.

3. — Nodules miliaires saillants, blanchâtres, chez une femme de 73 ans, morte de pneumonie. Ils sont localisés dans la vessie, qui est très enflammée et contient de l'urine purulente.

4. — Nodules lymphatiques très nombreux, très rapprochés, à bords tantôt nettement limités, tantôt indécis, sur la muqueuse vésicale, chez une femme de 40 ans morte de péritonite.

5. — Follicules lymphatiques volumineux, gros comme la moitié d'un pois dans la partie prostatique de l'urètre, chez un sujet de 30 ans, mort de traumatisme cérébral. Ces nodules soulèvent l'épithélium resté sain, et quelques-uns sont recouverts de muqueuse à peu près indemne d'infiltration lymphatique. Les tuniques muqueuse et sous-muqueuse de la vessie présentent des nodules analogues, séparés par des zones où les cellules lymphoïdes sont répandues en grand nombre.

6. — Homme de 25 ans, syphilitique, mort de pneumonie. Au col de la vessie et à la portion prostatique de l'urètre, rangées de nodules miliaires lymphatiques, avec infiltration de toute la muqueuse par les cellules rondes.

7. — Nodules lymphatiques dans la vessie, entourés d'un réseau de vaisseaux lymphatiques dilatés occupant la muqueuse et la sous-muqueuse; grandes lacunes entourées de tissu réticulé lâche et remplies de lymphe. Infiltration de la muqueuse dans l'intervalle des follicules.

8. — Homme de 63 ans, mort de mal de Bright. Au bas-fond de la vessie, granulations lymphatiques miliaires; de plus, petites vésicules saillantes à la surface et soulevant le revêtement épithélial. L. GALLIARD.

De la régénération de la moelle épinière, par MASIUS (*Archives de biologie, I, 4 janv.* 1880).

En 1869 et en 1870, Masius et Vanlair avaient montré que, chez la grenouille, la moelle épinière peut se régénérer au bout de quelques mois et que les mouvements reparaissent avant la sensibilité. En 1874, Eichhorst et Naunyn obtinrent une régénération incomplète de la moelle chez de jeunes chiens.

L'auteur a pu avec succès enlever à quatre chiens un segment médullaire de 4 millimètres à la région lombaire; les animaux ont guéri au bout de huit mois; comme chez les grenouilles, les mouvements sont revenus avant la sensibilité. L'examen de la moelle a montré qu'elle était réparée par un tissu cicatriciel riche en fibres nerveuses qui se continuent directement dans la substance médullaire. Masius n'a pas observé de reproduction de cellules nerveuses; il croit que pour expliquer le retour de la tonicité et de la motilité réflexe, suspendues par le fait de la lésion de la moelle épinière, il faut admettre que les cellules nerveuses peuvent se suppléer dans le mécanisme de ces fonctions.

F. H.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par A. VULPIAN (*Tome 1er, Paris*, 1881).

Dans ce premier volume, on trouvera l'histoire du jaborandi et du curare. Elle est précédée de considérations générales où se trouve exposée, pour ainsi dire, la philosophie de la médecine expérimentale appliquée à l'étude des médicaments et des poisons.

L'emploi des substances toxiques est devenu un procédé d'analyse susceptible de devancer et de compléter les révélations du scalpel et du microscope. L'expérimentation toxique est au premier chef une méthode d'analyse physiologique : la voie a été ouverte par Cl. Bernard.

De l'étude physiologique du poison à l'interprétation de l'action médicamenteuse, il n'y a qu'une insensible transition. Les notions acquises sont ainsi doublement précieuses : elles peuvent fournir des médications nouvelles dans l'ordre thérapeutique. Le bénéfice, au point de vue de la médecine légale, est évident. Il n'est pas jusqu'à la pathologie qui ne puisse profiter de cette analyse expérimentale. Ainsi la nature du tétanos expliquée par l'action de la strychnine, et le siège de la paralysie agitante, indiqué grâce à la nicotine.

Ces deux substances, dont l'histoire se trouve dans le premier volume des leçons de M. Vulpian, sont très importantes au point de vue général que nous considérons; avec le jaborandi, on a mieux étudié et mieux connu la physiologie des glandes salivaires et sudoripares; par le curare, on est arrivé à des notions précises sur certains points de l'innervation des muscles et de la physiologie des nerfs. A. MATHIEU.

Das Verhalten der Bakterien des Fleischwassers gegen einige antiseptica (Façon dont se comporte l'eau de viande en présence de quelques agents antiseptiques), par N. JALAN DE LA CROIX (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak., Band XIII, Heft* 3-4, *p.* 175).

Des expériences nombreuses ont été faites pour rechercher quelles sont les substances antiseptiques susceptibles d'arrêter dans un liquide nutritif l'apparition et le développement des microbes. Il a semblé à l'auteur qu'il convenait de reprendre ces expériences pour déterminer d'une façon précise quels sont les degrés de dissolution auxquels commencent ou cessent d'agir les antiseptiques étudiés.

D'un autre côté, une question théorique se pose, qu'il sera peut-être possible de résoudre du même coup : à savoir si le développement de ferments non figurés précède ou accompagne le développement des mi-

crobes. En effet, certains agents antiseptiques semblent agir les uns sur les ferments, les autres sur les microbes.

Après quelques tâtonnements, l'auteur s'est décidé pour le liquide de culture obtenu de la façon suivante. Il dépose dans une assiette remplie d'eau, et placés sur de petites plaques de verre, des fragments de viande assez finement hâchés, et autant que possible dépourvus de graisse. Tantôt le tout est bouilli, tantôt demeure cru. L'eau de viande est exposée à l'air libre, et il ne tarde pas à s'y développer des organismes divers dont l'auteur a fait l'étude et le dénombrement : des micrococci sphériques, des bactéries en bâtonnets, des streptobactéries à cloisons perpendiculaires, des hilobactéries à prolongements en cæcum. Tous ces organismes ont toujours été reconnus et déterminés à l'aide du microscope Hartnack, le plus souvent avec un grossissement de 430 et parfois de 650.

Les cultures d'étude furent faites dans des vases bouchés à l'ouate et flambés avec toutes les précautions nécessaires.

Voici maintenant les résultats obtenus.

Le *sublimé* en solution à 1 : 7168 empêche le développement des bactéries dans l'eau de viande non bouillie, librement exposée à l'air; à 1 : 8358, il ne l'empêche point encore; à 1 : 2525, il suspend leur développement et ne l'interrompt point encore à 1 : 3358.

L'*acide salicylique* en solution à 1 : 7677 n'arrête pas encore, arrête sûrement à 1 : 1121 le développement des microbes en culture. A 1 : 343, il suspend leur développement et cesse de le suspendre à 1 : 450.

L'*acétate d'alumine* à 1 : 6310 empêche la production des microbes dans l'eau de viande non bouillie, laissée à l'air libre; à 1 : 7535, il ne l'empêche pas encore. A 1 : 478, il arrête la reproduction, ne l'arrête plus à 1 : 584.

Le *salicylate boraté de soude* tue les bactéries développées à 1 : 72; à 1 : 110, il ne tue pas les corpuscules arrondis. Il arrête leur développement à 1 : 30 et ne l'arrête plus à 1 : 50.

En solution à 1 : 2860, il empêche l'apparition des bacteries dans l'eau de viande non bouillie, laissée à l'air libre, et ne l'empêche point encore à 1 : 3777.

Le *biborate de soude* à 1 : 62 empêche la culture dans l'eau de viande, ne l'empêche pas encore à 1 : 77. A 1 : 14, il n'arrête pas le développement. A 1 : 107, il s'oppose au développement des germes venus de l'air libre et ne s'y oppose plus à 1 : 37.

L'*alcool* à 1 : 21,34 empêche le développement des germes à l'air libre, dans le liquide non bouilli; ne l'empêche pas à 1 : 30,05. La reproduction des microbes n'est pas suspendue à 1 : 1,42. A 1 : 11,18, les germes ne se développent pas dans le liquide bouilli, ils se développent à 1 : 21,34. La reproduction fut suspendue à 1 : 1,77; ne fut point arrêtée à 1 : 2,03.

Le *chloroforme* empêche la culture à 1 : 89,5; ne l'empêche pas à 1 : 111,7. A 1 : 0,8, il n'arrête pas encore la reproduction. A 1 : 103, les germes tombés dans l'eau de viande non bouillie ne se développent pas; ils se développent à 1 : 134. Leur reproduction n'était pas encore arrêtée à 1 : 1,22.

L'*acide phénique* à 1 : 669 empêche la culture, ne l'empêche pas à

1 : 1002. A 1 : 22, suspension de la reproduction; à 1 : 42, la reproduction continue. A 1 : 402, les germes tombés dans l'eau de viande bouillie ne se développent pas; ils se développent à 1 : 502. La reproduction s'arrête à 1 : 22, se poursuit à 1 : 42. A 1 : 502, les germes ne se développent pas dans l'eau de viande non bouillie, ils se développent à 1 : 669. La reproduction n'est pas encore suspendue à 1 : 10.

L'*hypochlorite de chaux* en solution à 1 : 11135 empêche la culture des bactéries; en solution à 1 : 13092, il ne l'empêche point encore. A 1 : 488, il arrête la reproduction, sans l'arrêter à 1 : 678. A 1 : 3720, les bactéries développées dans l'eau de viande sont immobilisées; elles ne le sont point à 1 : 4460. Leur reproduction se suspend à 1 : 170, elle persiste à 1 : 258. A 1 : 3148, les germes tombés dans l'eau de viande bouillie ne se développent pas, ils se développent à 1 : 4716. Leur reproduction continue à 1 : 134, cesse à 1 : 109. Dans l'eau de viande non bouillie, les germes venus de l'air libre se développent à 1,519, meurent à 1 : 286. Dans ce liquide, la reproduction cesse à 1 : 153, persiste à 1 : 286.

Avec le *thymol* à 1 : 109, les bactéries développées dans l'eau de viande sont immobilisées ; elles ne le sont point à 1 : 212. Le pouvoir de reproduction se suspend à 1 : 20, persiste encore à 1 : 30. En solution au 1 : 1340, le thymol rend le développement des germes atmosphériques impossible ; ils se développent à 1 : 2229. Le pouvoir de reproduction cesse à 1 : 20, persiste à 1 : 36.

Avec l'*acide sulfurique* en solution à 1 : 2009, les bactéries sont immobilisées, elles ne le sont pas à 1 : 4985. Elles ne se reproduisent plus à 1 : 190, se reproduisent encore à 1 : 273. Les germes meurent dans l'eau de viande bouillie avec 1 : 8515 d'acide sulfurique, ils ne meurent pas avec 1 : 12649. Leur reproduction persiste avec 1 : 422, s'arrête avec 1 : 325. Les germes atmosphériques meurent dans l'eau de viande non bouillie à 1 : 12649, ils se développent avec 1 : 16782. Leur reproduction est arrêtée à 1 : 135, elle persiste à 1 : 223.

L'*huile éthérée de moutarde* empêche le développement des bactéries de l'eau de viande à 1 : 3353; ne l'empêche pas encore à 1 : 5734. Leur reproduction cesse à 1 : 220, continue à 1 : 306.

A 1 : 3353, l'huile éthérée de moutarde empêche le développement des germes atmosphériques dans l'eau de viande bouillie; elle ne l'empêche pas encore à 1 : 5734. La reproduction continue à 1 : 108, s'arrête à 1 : 77. Dans l'eau de viande non bouillie, mêmes chiffres pour les germes atmosphériques; la reproduction cesse à 1 : 40, continue à 1 : 60.

Par l'*eucalyptol* en solution à 1 : 116, les bactéries développées dans l'eau de viande sont immobilisées. Elles continuent à se mouvoir à 1 : 205. A 1 : 5,82, la reproduction n'est pas encore suspendue. Avec 1,29, les germes atmosphériques se sont développés, ils sont morts à 1 : 14. A 1 : 205, les germes atmosphériques ne se sont pas développés dans l'eau de viande non bouillie; ils se développaient avec 1 : 308. Leur pouvoir de reproduction ne s'était pas arrêté à 1 : 30.

Acide sulfureux, à 1 : 2020 : immobilisation des bactéries développées ; pas d'immobilisation à 1 : 3353. Pouvoir de reproduction suspendu à 1 : 205, continué à 1 : 205.

Avec 1 : 5734, arrêt du développement des microbes dans l'eau de viande bouillie; développement avec 1 : 8020. Pouvoir de reproduction persistant à 1 : 420, cessant à 1 : 306. Dans l'eau de viande non bouillie, avec de l'acide sulfureux à 1 : 3353, pas de développement des germes atmosphériques, développement avec 1 : 5734. Pouvoir de reproduction continuant à 1 : 116, suspendu à 1 : 72.

Acide benzoïque. — 1 : 2867, pas de développement des bactéries; développement à 1 : 4020. — 1 : 50, arrêt de la reproduction ; 1 : 77, reproduction persistant. — 1 : 410, immobilisation des bactéries; pas d'immobilisation à 1 : 510. — Reproduction continuant à 1 : 210, suspendue à 1 : 121. — Pas de développement des germes atmosphériques à 1 : 2877, développement à 1 : 4020.—Reproduction persistant à 1 : 77, suspendue à 1 : 50.— Avec 1 : 1439, pas de développement des germes dans l'eau de viande non bouillie, développement à 1 : 2010. — Reproduction arrêtée à 1 : 77, continuée à 1 : 121.

Acide picrique. — Pas de développement des bactéries à 1 : 2005, développement à 1 : 3041. Reproduction suspendue à 1 : 706, poursuivie à 1 : 841. — Immobilisation des bactéries à 1 : 1001, plus d'immobilisation à 1 : 1433. Reproduction suspendue à 1 : 50, non suspendue à 1 : 200. A 1 : 2005, dans l'eau de viande bouillie, pas de développement des germes atmosphériques; développement à 1 : 3041. Pouvoir de reproduction se poursuivant à 1 : 300, arrêté à 1 : 200. — Suspension du développement des germes atmosphériques dans l'eau de viande non bouillie à 1 : 2005; pas encore de suspension à 1 : 3041. — Reproduction suspendue à 1 : 100, persistant à 1 : 117.

Chlore. — A 1 : 30208, empêche le développement des bactéries qui persiste à 1 : 37649. Reproduction arrêtée à 1 : 4911, continuant à 1 : 6824. — A 1 : 22768, mort des bactéries développées ; elles ne sont pas tuées à 1 : 30208. — Reproduction arrêtée à 1 : 431, se poursuivant à 1 : 460. — Développement des germes atmosphériques empêché à 1 : 28881, persistant à 1 : 34509, dans de l'eau de viande bouillie. — Reproduction suspendue à 1 : 1008, se continuant à 1 : 1027. — Pas de développement des germes atmosphériques dans l'eau de viande non bouillie à 1 : 15606, développement à 23182. Reproduction arrêtée à 1 : 1061, persistant à 1 : 1364.

Brome. — Suspend l'apparition des bactéries de l'eau de viande à 1 : 6308, ne la suspend pas à 1 : 7844. — Reproduction suspendue à 1 : 769, persistant à 1 : 1912. — Mort des bactéries à 1 : 2550, persistance à 1 : 4050. — Reproduction arrêtée à 1 : 336, se continuant à 1 : 550. — Dans l'eau de viande bouillie, les germes atmosphériques ne se développent pas à 1 : 13931, se développent à 20875. — Reproduction arrêtée à 1 : 493, persistant à 1 : 603. — Dans l'eau de viande non bouillie, les germes meurent à 1 : 5597, ne meurent pas à 1 : 8375. — Reproduction suspendue à 1 : 875, continuant à 1 : 1153.

Iode. — 1 : 5020, arrêt du développement des bactéries de l'eau de viande; développement continuant à 1 : 6687. Reproduction persistant à 1 : 2010. — Bactéries développées immobilisées à 1 : 1514, non immobilisées à 1 : 2010. — Reproduction arrêtée à 1 : 410, persistant à 1 : 510. — Dans l'eau de viande bouillie, les germes ne se développent pas à 1 : 10020, se développent à 1 : 20020. Reproduction suspendue à

1 : 510, non suspendue à 1 : 724. — Dans l'eau de viande non bouillie, pas de développement des germes atmosphériques à 2010, développement à 1 : 2867. Reproduction arrêtée à 1 : 843, se continuant à 1 : 919.

Permanganate de potasse. — Empêche le développement des bactéries à 1 : 1001, ne l'empêche pas à 1 : 1433. — Pouvoir de reproduction suspendu à 1 : 100, persistant à 1 : 150. — Mort des bactéries avec 1 : 150; avec 1 : 200 elles ne sont pas tuées et continuent à se reproduire. — Dans l'eau de viande bouillie, les germes atmosphériques ne se développent pas avec 1 : 2005, se développent avec 1 : 3041. — Reproduction suspendue à 1 : 101, poursuivie à 1 : 150. — Dans l'eau de viande non bouillie, les germes ne se développent pas avec 1 : 300, se développent avec 1 : 403. — Reproduction suspendue à 1 : 35, continuée à 1 : 50.

Chlorate de potasse. — 1 : 30 n'empêche pas la culture des bactéries; les germes atmosphériques parvenus dans le liquide non bouilli se développent encore avec 1 : 13.

L'acétate d'alumine, le thymol, l'huile éthérée de moutarde se sont montrés sans action sur les ferments non figurés.

Peut-être serait-il possible de reconnaître diverses espèces de microbes, d'après la façon dont ils se comportent en présence des antiseptiques.

A. MATHIEU.

I. — Toxikologisches über Iodpräparate (Étude toxicologique sur les préparations iodées), par BINZ (*Arch. f. experim. Path. u. Pharmakol., Band XIII, Heft 1 et 2, p.* 113).

II. — Die Iodsäure als Antipyreticum (Action antipyrétique des acides iodés), par BINZ (*Ibid., p.* 125).

I.-II. — Dans un précédent travail exécuté dans le laboratoire de Binz, Högyes avait signalé l'action narcotique de l'iodoforme et la dégénérescence graisseuse ou hémorragique des organes, provoquée par cette substance. L'iode de l'iodoforme dissous dans la graisse et absorbé par les chylifères, se trouverait dans l'organisme, à l'état d'iodate, il en serait éliminé à l'état d'iodure. Binz revient sur ces données pour les compléter et, en quelques points, les modifier.

Voici les conclusions communes des deux mémoires précédents :

1° L'iodoforme, l'iodate de soude et l'odure de sodium ont qualitativement dans l'organisme la même action : dépression cérébrale, dégénérescence graisseuse et caustique de plusieurs organes. L'effet produit varie beaucoup suivant les doses données et suivant la rapidité de l'absorption.

2° L'ensemble des manifestations trouve très bien son application dans la mise en liberté momentanée de l'iode. L'existence de l'iodure d'albumine admise par Högyes, est très invraisemblable et absolument inutile pour l'explication des processus observés.

3° La muqueuse stomacale est, même après injection sous-cutanée d'une des trois substances précédentes, l'un des organes les premiers lésés. Mes recherches sur les animaux sont d'accord avec les constatations de Rose sur l'homme.

4° L'iodate de soude est dans la fièvre putride un antipyrétique énergique, et cela à des doses qui ne produisent aucune lésion chez les animaux. A. MATHIEU.

Die Wirkungen einiger Alkaloïde auf die Körpertemperatur (Action de quelques alcaloïdes sur la température), par A. HÖGYES (*Arch. f. experim. Path. u. Pharmakol., Band XIV, Heft* 1-2, *p.* 113).

Les mensurations ont été faites dans le rectum au moment du maximum des phénomènes d'intoxication. Les mensurations ayant lieu sur des lapins fixés, la question revient à déterminer les modifications du refroidissement chez ces animaux ainsi immobilisés.

Strychnine. — Les injections ont été faites à doses mortelles. La température monte d'abord, deux minutes après l'injection sous-cutanée. Elle atteint un maximum, et tombe seulement aux approches de la mort. L'élévation de température ainsi constatée atteint 0°,2 à 0°,5.

Nicotine. — Injections à doses mortelles. Le refroidissement de l'animal est ralenti; par conséquent, la température rectale s'élève. Elle s'abaisse au moment de la mort. Trois expériences ont été faites, et, en moyenne, l'élévation de la température a été pour ces trois cas: 1°,2, 0°,57 et 0°,4.

Picrotoxine. — Doses mortelles. La température s'est élevée au moment de l'apparition des phénomènes d'empoisonnement. Élévation de 0°,4.

Muscarine. — Doses mortelles. La température diffère à peine de la normale.

Aconitine. — Doses mortelles. Il y a diminution de la température de 1° dans un premier cas, 1°,31 dans le second.

Sulfate de quinine. — Doses mortelles. Abaissement de la température. Il résulte des expériences qu'avec de faibles doses, l'abaissement de la température est plus considérable qu'avec des doses élevées.

Vératrine. — Doses mortelles. Le refroidissement se ralentit, la température du rectum s'élève.

Curare. — Doses mortelles. Dans un cas, il y eut élévation, dans l'autre abaissement de la température. A. MATHIEU.

Zur Lehre von der Wirkung der Narcotica (Contribution à l'étude de l'action des narcotiques), par PREISENDORFER (*Deuts. Arch. für klin. Medicin, Band XXV, Heft* 1, *p.* 41).

L'auteur s'est proposé, comme but de ses recherches, d'étudier l'action qu'exercent sur l'appareil vasculaire, chez l'homme sain, la morphine, le chloral et le chanvre indien, qu'il range tous trois dans la classe des narcotiques. A cet effet, il se servait du sphygmographe de Marey, modifié par Riegel, et dont les indications sont, à ce que l'on admet, tout à fait propres à nous renseigner sur l'état de la tension vasculaire. Au début de chaque expérience, on relevait le tracé sphygmographique et la température corporelle, après quoi on administrait au sujet en expérience le narcotique dont on se proposait d'étudier l'action vasculaire, et

on prenait de nouveaux tracés sphygmographiques à des intervalles de temps plus ou moins éloignés. Voici les résultats :

1° La *morphine* administrée à des doses variant de 1 à 3 centigrammes n'exerce pas d'influence bien manifeste sur l'appareil vasculaire chez l'homme ; la tension vasculaire n'est pas modifiée, le pouls ne se ralentit que de quelques pulsations par minute et seulement au moment de la narcose, comme il arrive d'ailleurs pendant le sommeil physiologique ; enfin la température s'abaisse tout au plus de quelques dixièmes, ce qui tient sans doute à l'activité amoindrie du système musculaire. Ces données sont en contradiction avec les résultats publiés par Martin (*Gazette des hôpitaux*, 1874), Schule et Wolff;

2° Chez plusieurs individus, des doses de *chloral* de 2 gr. 5 n'ont aucune influence appréciable sur la fréquence du pouls, la tension vasculaire, la température corporelle. Chez d'autres sujets, une pareille dose déterminait déjà, au bout de 15 à 30 minutes, un ralentissement du pouls de 6 à 10 pulsations par minute; aussi, au bout d'une heure, il se produisait un abaissement considérable de la pression intravasculaire, en même temps que le ralentissement du pouls s'élevait de 10 à 15 pulsations par minute, et que la température corporelle s'abaissait de 0°,05 à 0°,10.

Avec une dose de 4 grammes, la tension vasculaire s'abaissait constamment déjà un quart d'heure après l'administration du médicament; en même temps, le pouls était ralenti, la température descendait de 0°,5. Ces effets vasculaires étaient plus prompts à survenir et plus persistants chez les individus qui avaient le muscle cardiaque en mauvais état, chez les phthisiques, par exemple.

3° *Chanvre indien.* La susceptibilité individuelle, à l'égard du chanvre indien, est sujette à de grandes variations. Avec 0,1 d'extrait, on n'obtenait aucun effet appréciable chez certains individus, tandis que cette même dose avait son plein effet chez d'autres sujets, chez les nerveux, entre autres. Quand on avait recours à une dose convenable, au bout de 2 à 3 heures on notait, comme effet constant, des palpitations plus ou moins violentes, souvent très pénibles. La tension vasculaire tantôt n'était pas modifiée, tantôt s'élevait légèrement une demi-heure après l'administration du médicament, et cela, pendant une à deux heures; après quoi survenait une dépression énorme dans tout le système artériel. Le pouls qui, jusque-là, avait conservé ses caractères normaux, devenait maintenant *subdicrote;* sa fréquence augmentait de 12 à 20, voire même de 40 pulsations par minute. La peau était devenue chaude, les pupilles étaient injectées, la face congestionnée. Ce n'est que 4 à 5 heures après le début de l'expérience que la fréquence du pouls redevenait normale. On observe donc ici ce fait curieux d'une accélération du pouls pendant le sommeil produit par l'administration du médicament. Il faut noter encore que chez aucun des sujets sur lesquels expérimenta l'auteur, celui-ci ne vit se produire ces hallucinations et ces rêves agréables signalés par les auteurs parmi les effets habituels du chanvre indien. Par contre, Preisendorfer insiste sur la grande ressemblance qui existe entre les effets mentionnés ci-dessus et les symptômes de la maladie de Basedow.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Expériences montrant que la thiotétrapyridine et l'isodipyridine ne sont pas douées du pouvoir toxique que possède la nicotine. Note de A. VULPIAN (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 24 *janvier* 1881).

Expérimentant avec les nouveaux dérivés de la nicotine (thiotétrapyridine et isodipyridine) qu'ont fait connaître MM. A. Cahours et A. Étard, M. Vulpian a constaté que ces substances, absorbées à l'état de sels solubles et à des doses assez élevées, ne paraissent pas exercer la moindre action sur les mammifères (chiens, chats). Sur les grenouilles, on observe des effets qui n'ont aucune analogie avec ceux que produit la nicotine, car ces effets sont tardifs, consistent en une demi-paralysie avec conservation des mouvements du cœur, tandis que l'alcaloïde du tabac provoque des mouvements convulsifs, puis la cessation des mouvements respiratoires et cardiaques. M. DUVAL.

Sur l'existence dans la fumée de tabac de notables proportions d'acide prussique, et sur l'existence d'un nouvel alcaloïde, par LE BON (*Journal de thérap.*, *nos* 15, 16, 17 *et* 18, *août-septembre* 1880).

Indépendamment de la nicotine, il existe dans la fumée du tabac une notable proportion d'acide prussique, au maximum dans les tabacs du Levant et de la Havane, et un alcaloïde, resté jusqu'ici inconnu, la collidine, qui présente des propriétés toxiques très accentuées. C'est un corps liquide, à odeur agréable et très pénétrante. La vingtième partie d'une goutte suffit pour tuer rapidement une grenouille avec des symptômes de paralysie. On ne peut en respirer quelques instants sans éprouver de la faiblesse musculaire et des vertiges.

Les nausées, les vomissements, la céphalalgie sont surtout dus à l'action de l'acide prussique du tabac. Certains tabacs produisent rapidement ces effets toxiques et ne renferment que très peu de nicotine.

La matière noire demi-liquide qui se condense dans l'intérieur des pipes et des porte-cigares est extrêmement toxique : 2 ou 3 gouttes suffisent pour tuer un petit animal.

Elle renferme en outre de la nicotine incomplètement détruite par la combustion. La quantité que peuvent en absorber les fumeurs, très variable suivant les circonstances, ne descend guère au-dessous de 50 centigrammes par 100 grammes de tabac.

Les expériences de l'auteur lui ont fait voir que l'oxyde de carbone, produit dans la proportion de 8 litres par 100 grammes de tabac, n'est pas, comme on l'a prétendu, la cause des manifestations toxiques.

A. MATHIEU.

Influenza di alcuni alcaloidi dell' oppio sul chimismo della respirazione (Influence de quelques-uns des alcaloïdes de l'opium sur les phénomènes chimiques de la respiration), par S. FUBINI (*Turin*, 1880).

1° L'injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine à la dose de 1 centigramme produit chez le chien et le lapin une diminution de

l'exhalation de l'acide carbonique. Chez le chien, elle est dans la proportion de 100 : 51 ; chez le lapin, de 100 : 53.

Le cochon d'Inde soumis à l'action de 5 milligrammes de morphine n'exhale plus que 79 0/0 d'acide carbonique.

Le chlorhydrate de morphine à la dose de 1 centigramme sur le pigeon et de 5 milligrammes sur le surmulot n'a pas produit de différence notable dans l'élimination de l'acide carbonique.

2° Après l'injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de codéine au lapin, au pigeon, au chien, la proportion d'acide carbonique devient chez le lapin 100 : 72; chez le pigeon 100 : 76, chez le chien 100 : 85.

L'injection sous-cutanée de 5 milligrammes de codéine au cobaye amène la diminution de l'acide carbonique de 100 : 84; chez le surmulot on ne trouve pas de modification sensible dans ces conditions.

3° 1 centigramme de chlorhydrate de narcéine injecté sous la peau d'un chien produit une diminution de l'acide carbonique dans la proportion de 100 : 62, chez un lapin de 100 : 89. Pas de différence chez le pigeon et le cobaye. Chez le surmulot, la narcéine, à la dose de 5 milligrammes, a pour effet de diminuer la quantité d'acide carbonique éliminé dans le rapport de 100 : 82.

4° La narcotine à 1 centigramme amène chez le lapin une diminution de 100 : 68. Pas de différence avec l'état normal chez le cobaye et le pigeon : 5 milligrammes pour le premier, 1 centigramme pour le second.

Chez le chien, avec 1 centigramme de narcotine, la proportion devient 100 : 90; elle est de 100 : 92 chez le surmulot avec 5 milligrammes.

5° Des six alcaloïdes de l'opium, la thébaïne est la seule qui produise chez le cochon d'Inde une élévation de l'acide carbonique de 100 : 118 pour 3 milligrammes; pour le chien, 1 centigramme de thébaïne; 5 milligrammes pour le lapin produisent une légère élévation de l'acide carbonique exhalé.

Chez le pigeon, au contraire, 5 milligrammes de thébaïne diminuent l'acide carbonique dans la proportion de 100 : 79, et chez le surmulot de 100 : 84.

6° Le chlorhydrate de papavérine donné à un pigeon à la dose de 1 centigramme diminue l'acide carbonique dans la proportion de 100 : 79.

Pas de différence chez le cobaye avec 5 milligrammes.

Un centigramme de papavérine injectée à un chien diminue l'exhalation de l'acide carbonique dans le rapport de 100 : 90; chez le lapin de 100 : 92.

Pour le surmulot, avec 5 milligrammes, la diminution est de 100 : 90. (Voir *R. S. M.*, XVIII, 477.) A. MATHIEU.

Du m'boundou (poison d'épreuve des Gabonais); Nouvelles recherches physiologiques, cliniques et toxicologiques. Note de Ed. HECKEL et SCHLAGDENHAUFFEN (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 14 *février* 1881).

Le m'boundou ne renferme qu'un seul alcaloïde, la strychnine, et agit uniquement par ce principe actif, qui se trouve surtout accumulé dans l'écorce de la racine et particulièrement dans les cellules libériennes et

cambiales de cette écorce. En injectant de fortes doses de ce poison, on observe, comme pour de fortes doses de strychnine, l'absence complète de mouvements spontanés ou réflexes, de sorte que l'animal est dans un état analogue à celui d'un animal curarisé ou alcoolisé. M. D.

Sur quelques expériences relatives à l'action physiologique de l'érythrina corallodendron ou mulungu. Note de BOCHEFONTAINE et Ph. REY (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 21 *mars* 1881).

L'extrait d'écorce de mulungu (arbre du Brésil) produit chez les animaux des phénomènes de somnolence et d'engourdissement avec persistance de l'excito-motricité nerveuse et de la contractilité musculaire; il y a donc action sur le système nerveux central pour en diminuer ou en abolir le fonctionnement normal. Cette écorce possède donc bien réellement les propriétés calmantes qui lui sont attribuées au Brésil, et elle les doit à un alcaloïde qu'on peut désigner sous le nom d'*érythrine*.

M. D.

Contribution à l'étude de l'action thérapeutique de la pilocarpine, par J.-M. DUCLOS (*Thèse de Lyon*, 1879).

Après avoir rapporté les notions actuellement connues en ce qui concerne l'action physiologique du jaborandi et de la pilocarpine, M. Duclos rapporte quelques observations qui tendent à démontrer que l'usage de ces substances peut être d'un grand secours dans la thérapeutique oculaire. Les glaucomes, les corps flottants du corps vitré, certaines opacités de la cornée seraient susceptibles d'être favorablement modifiées sous l'influence de la pilocarpine administrée en injections hypodermiques. C'est sans doute par la déperdition de substance que détermine le médicament sudoripare et sialagogue que ces diverses affections se trouveraient améliorées. M. Duclos a tiré de cette pratique un grand bénéfice dans l'iritis syphilitique. A. MATHIEU.

Pilocarpine und Homatropine, par PAUZYNSKI (d'Heidelberg) (*Klin. Monatsblätter für Augenheilkund.*, *sept.* 1880).

E. Götz, de Kiel, est déjà arrivé à ces conclusions que : 1° l'homatropine, de même que l'atropine, dilate la pupille et paralyse l'accommodation; 2° la durée d'action de l'homatropine après dilatation de la pupille est beaucoup plus courte; 3° la solution d'homatropine au centième est celle qui convient le mieux en ophtalmoiatrie.

Pauzynski confirme ces données, mais de plus il recherche l'antagonisme de l'homatropine avec la pilocarpine dont l'antagonisme avec l'atropine a été déjà étudié. Il a fait des expériences sur deux malades de la clinique d'Heidelberg et il a trouvé que l'antagonisme était beaucoup moins grand entre la pilocarpine et l'homatropine qu'entre cette même substance et l'atropine.

La courte durée de l'action de ce médicament offre pour l'examen ophtalmoscopique des avantages incontestables; d'autre part la faiblesse

de son antagonisme avec la pilocarpine permettra d'employer ce mydriatique sans contrarier notablement l'action sudoripare et sialagogue de l'alcaloïde du jaborandi. A. CHEVALLEREAU.

On the action of extract of muscaria, of nitrate of pilocarpine and of extract of jaborandi on the ventricle of the frog's heart and on the antagonising action of atropia(Sur l'action de l'extrait de muscaritie, du nitrate de pilocarpine et de l'extrait de jaborandi sur le ventricule du cœur de la grenouille et sur l'action antagoniste de l'atropine), par Sydney RINGER (*The practitioner, janvier* 1881).

Ces expériences ont été faites sur des portions de cœur de grenouille plongées dans des solutions salines.

L'extrait de muscarie paralyse le ventricule séparé des oreillettes. La muscarine paralyse donc les ganglions moteurs (il n'y a pas là de ganglions d'arrêt), ou la substance musculaire, ou encore les deux à la fois. A ce point de vue, l'atropine est un antagoniste de la muscarine.

Le jaborandi et la pilocarpine affectent le ventricule séparé des oreillettes: ils paralysent les ganglions moteurs ou le muscle, ou, à la fois, les ganglions et le muscle.

Le cœur, ainsi influencé par le jaborandi, cesse bientôt de se contracter sous l'influence des excitations mécaniques, ce qui prouve qu'il y a paralysie du muscle. L'atropine agit comme antagoniste de la pilocarpine.

Cet antagonisme est sans doute l'expression d'une action chimique ; la pilocarpine, combinée aux éléments musculaires, est déplacée par l'atropine, d'une affinité plus puissante pour ces mêmes éléments.

A. MATHIEU.

Piscidia erythrina, par Isaac OTT (*Brain, p.* 452, *janvier* 1881).

Le piscidia erythrina est un arbre de la Jamaïque qui peut atteindre de 20 à 30 pieds de hauteur. Son écorce est brune, et on en tire un extrait rougeâtre assez semblable, comme couleur et comme odeur, au laudanum. On l'emploie à la Jamaïque comme antinévralgique. Ses propriétés physiologiques sont les suivantes, qui le rapprochent, par quelques côtés, de l'opium et du chloral.

Comme ces agents, il est narcotique : il n'affecte pas l'irritabilité des nerfs moteurs, et n'agit point sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs ; il diminue l'action réflexe de la moelle ; pourtant à haute dose il peut être tétanisant. Il dilate la pupille, à l'inverse de l'opium, et provoque la salivation, à l'inverse de la belladone ; c'est également un agent sudoripare. Il ralentit les battements du cœur, et augmente la tension artérielle, mais seulement momentanément; au bout d'un certain temps, au contraire, il l'abaisse. H. R.

I. — De la waldivine, par Ch. TANRET (*Acad. des sciences*, **29** *nov.* **1880**).

II. — Étude du cédron, du waldivia et de leurs principes actifs, la cédrine et la waldivine, par E. RESTREPO (*Thèse de Paris*, 1881).

I. — Le *simaba waldivia* souvent confondu avec le *simaba cedron*, croissent l'un et l'autre en Colombie. Ils appartiennent à la famille des simaroubées. On trouvera dans la thèse de M. Restrepo la description de leurs caractères botaniques d'après MM. Baillon et Planchon.

M. Tanret a pu extraire du waldivia un alcaloïde défini, d'une amertume très grande. On l'obtient en épuisant par l'alcool à 40°, en distillant et en reprenant par le chloroforme. L'alcaloïde présente la composition suivante : $C^{36}H^{24}O^{20},5HO$. Il cristallise en prismes hexagonaux terminés par une double pyramide hexagonale. La waldivine fond à 230°. Elle n'est pas volatile.

M. Tanret a extrait du cédron une substance jaune très amère, non cristallisable. Il n'a pas pu retrouver la cédrine cristallisée signalée en 1851 par M. Lewy. Sans doute les cristaux obtenus par cet expérimentateur appartenaient au waldivia.

II. — Les peuplades des pays où croissent ces végétaux leur attribuent des propriétés curatives très énergiques contre la fièvre intermittente, la morsure des serpents, la rage. M. Restrepo a expérimenté la cédrine et la waldivine contre la fièvre intermittente. Il arrive à cette conclusion que les propriétés fébrifuges du cédron sont certaines, mais que leur action est moins sûre et plus lente que celle du sulfate de quinine. Avec la waldivine donnée à la dose de 4 milligrammes, il n'a obtenu aucun résultat.

Des chiens et des lapins injectés de cédrine ou de waldivine sont morts après avoir été mordus par des serpents venimeux.

Ces substances n'ont point paru avoir d'action contre l'inoculation et la marche de la rage.

La cédrine et surtout la waldivine sont des agents éminemment toxiques : 2 milligrammes de waldivine peuvent suffire pour tuer un lapin, 6 pour tuer un chien. Il faut 2 à 3 grammes de cédron pour déterminer la mort d'un lapin de petite taille. A. MATHIEU.

Ueber den Parallelismus der Wirkungsart bei Coniin und Curare (Parallèle de l'action de la conicine et du curare), par H. SCHULZ (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Band III*, *p.* 10, 1881).

Le curare pourrait avoir de grandes applications thérapeutiques, d'après Schulz, si les effets en étaient toujours identiques. Cette variabilité tient à ce que les divers échantillons de cette substance sont loin d'être identiques et à ce que ses solutions aqueuses s'altèrent et ne conservent pas leur énergie. Le bromhydrate de conicine n'a pas ces inconvénients ; c'est un produit cristallin, parfaitement défini, qui a les propriétés physiologiques du curare.

Kölliker avait comparé l'action de la conicine à celle du curare. Guttman l'avait considérée, au contraire, comme convulsivante. Schulz

critique les expériences de ce dernier auteur, et, s'appuyant sur les siennes propres, montre que le curare et le bromhydrate de conicine ont une même action. Voici, d'ailleurs, ses conclusions :

1. La conicine paralyse en agissant sur les extrémités des nerfs moteurs. La contractilité de la substance musculaire est conservée. Le curare agit d'une façon identique.

2. L'empoisonnement par la conicine produit de petites secousses musculaires appréciables surtout au visage et aux extrémités. Elles sont semblables à celles observées après l'empoisonnement par le curare.

3. La ligature de l'artère d'un membre chez la grenouille préserve ce membre de l'influence du bromhydrate de conicine. Cette expérience donne exactement les mêmes résultats avec le curare.

4. Le cœur est (comme avec le curare) le muscle le dernier paralysé par la conicine. M. DEBOVE.

Ueber das Conchinin und seine therapeutische Verwendung (Sur la conchinine et sur son emploi thérapeutique), par J. FRENDENBERGER (*Deuts. Arch. für klin. Medicin, Band XXVI, Heft 4 et 5, p.* 577, 1880).

La conchinine, un des alcaloïdes tirés de l'écorce de quinquina, a, comme la cinchonine et la chinoïdine, le grand avantage d'être beaucoup moins chère que la quinine ; son prix de revient est en effet plus faible. L'auteur a relevé les observations de malades traités par la conchinine à la clinique du professeur Ziemssen (de Munich), de 1875 à 1878 pour établir que cet alcaloïde est le meilleur des succédanés de la quinine en ce qu'il produit les effets antipyrétiques de la quinine, beaucoup plus promptement et à doses beaucoup moindres que la cinchonine et la chinoïdine.

Relativement au mode d'administration, la conchinine était donnée sous forme de sulfate, tantôt en poudre enrobée dans du pain à chanter, tantôt en solution dans l'eau additionnée d'une proportion convenable d'acide sulfurique. La plus forte dose administrée à un malade en une fois fut de 3 grammes. Presque toujours le médicament était donné dans la soirée, quelquefois dans l'après-midi ; la dose quotidienne était divisée en deux prises que le malade avalait : la première à 5 heures, la seconde à 6 heures, ou encore à 6 heures la première à 6 heures et demie la seconde. D'une façon générale, le médicament était mieux supporté sous forme de poudre que sous forme de solution aqueuse. Les malades se plaignent surtout du goût amer laissé dans la bouche par cette dernière ; cet inconvénient sera peut-être évité en partie par l'addition de quelques gouttes de teinture de gingembre (0,2-0,3.)

L'action antipyrétique de la conchinine a été expérimentée dans le service de Ziemssen, sur 84 malades atteints de fièvre typhoïde. Il a administré en tout 100 doses de 2 grammes chacune. Les chiffres suivants donnent une idée des effets obtenus :

3	fois l'abaissement de la température fut de		0°,5 — 1°.
7	—	—	1° — 1°,5.
19	—	—	1°,5 — 2°.
30	—	—	2° — 2°,5.
30	—	—	2°,5 — 3°.
11	—	—	3° et plus.

Deux fois un abaissement de température dépassant 3° fut suivi de collapsus. Il est à noter encore qu'une fois l'effet antipyrétique obtenu, la température ne regagnait que d'une façon progressive la hauteur première. Cet effet antipyrétique commençait à se manifester une demi-heure au plus tard après l'administration du médicament, pour atteindre son apogée au bout de la 6e ou 8e heure environ. Cette action antipyrétique s'est manifestée aussi dans d'autres affections fébriles à marche typique, dans la pneumonie, par exemple.

Pour juger de la puissance comparative des effets antipyrétiques de la quinine et de la conchinine, on administra alternativement aux mêmes malades ces deux médicaments. Les résultats obtenus avec le sulfate de quinine se traduisent par les chiffres suivants :

Après 100 prises de 2 grammes de sulfate de quinine :

4 fois	l'abaissement de la température fut de		0°,5 — 1°.
7	—	—	1° — 1°,5.
18	—	—	1°,5 — 2°.
25	—	—	2° — 2°,5.
23	—	—	2°,5 — 3°.
18	—	—	3° et au delà.

Donc avec les deux médicaments administrés à égales doses, la moyenne de l'effet antipyrétique s'est maintenue entre 4° et 5° d'abaissement de température. C'est tout au plus si avec le sulfate de quinine, le maximum de cet abaissement de température (3°) a été obtenu un plus grand nombre de fois. Comme puissance d'action, la conchinine doit donc, au point de vue de ses effets thérapeutiques, être placée sensiblement sur le même rang que le sulfate de quinine. C'est ce qui ressort également des expériences faites avec la conchinine dans les hôpitaux militaires d'Italie, à la clinique de Leipzig et à celle d'Utrecht dans le traitement de la fièvre intermittente. L'auteur rapporte trois observations de guérison obtenue avec la conchinine, et une quatrième relative à un cas de névralgie trifaciale intermittente traité également avec succès par le même médicament.

Les expériences comparatives faites avec le salicylate de soude et la conchinine démontrent que, pour obtenir l'effet antipyrétique, que l'on observe à la suite de l'administration de 2 grammes de conchinine, il faut donc donner de 6 à 10 grammes du premier de ces deux médicaments. Mais alors les effets concomitants sont beaucoup plus tranchés que dans le cas où l'on administre la conchinine qui donne lieu aux mêmes manifestations secondaires que le sulfate de quinine. L'auteur, il est vrai, est obligé de reconnaître que souvent l'administration de la conchinine est suivie de vomissements assez abondants. Chez 50 malades qui prirent en tout 86 doses de ce médicament, de 2 grammes chacune, mais divisée en deux prises, les vomissements se produisirent :

après la première prise.
- 2 fois immédiatement après.
- 2 fois au bout d'une demi-heure.
- 1 fois au bout d'une heure.
- 1 fois au bout d' un temps indéterminé

après la seconde prise seulement.	10 fois	immédiatement après.	
	4 fois	au bout de	1/4 d'heure.
	6 fois	—	1/2 heure.
	2 fois	—	3/4 d'heure.
	6 fois	—	1 heure.
	2 fois	—	1h 1/2.
	2 fois	—	2 heures.
	7 fois	—	3 heures et plus.

Trois fois après chacune des deux prises.

L'auteur prétend que ces vomissements n'entravaient pas l'action antipyrétique de la conchinine par la raison que celle-ci est résorbée très promptement et que le vomissement est dans la majeure partie des cas assez tardif à se produire.

Plus souvent encore la conchinine provoque de la diarrhée comme le sulfate de quinine ; les malades accusent des bourdonnements d'oreilles, de la surdité. La fréquence du pouls diminue dans une proportion très notable. La céphalalgie, le délire, les vertiges et d'autres accidents cérébraux n'ont été observés que dans des cas exceptionnels. Par contre, chose très grave, deux fois l'administration de la conchinine fut suivie de mort foudroyante. F. LABADIE-LAGRAVE.

Experimentelle Versuchungen über die Wirksamkeit der verschiedenen Digitalispreparäte (Recherches expérimentales sur l'efficacité des diverses préparations de digitale, par FRAENKEL (*Charité Annal., Band VI, p.* 207).

Fraenkel fait sur onze chiens la comparaison de l'efficacité pharmacodynamique de trois préparations usuelles de digitale : infusion, teinture alcoolique, teinture acétique. Il arrive aux conclusions suivantes : toutes trois, elles excitent le centre d'arrêt du cœur et le centre vaso-moteur, mais non avec une égale puissance. La teinture alcoolique est la moins active ; le plus souvent même, les injections faites avec cette substance produisent la mort avec chute de la pression, accélération du pouls, sans que les phénomènes digitaliques, ralentissement du cœur et renforcement des pulsations, aient pu être constatés.

La teinture acétique est la plus active ; car, tandis qu'il faut employer de 25 à 80 centimètres cubes d'infusion pour amener les modifications circulatoires demandées à la digitale, une dose de 15 à 25 centimètres cubes de teinture acétique, correspondant à 2gr, 5 à 2,5 de feuilles de digitale, est suffisante. L. D.-B.

On the physiological action of an alkaloid extracted from the garden tulip (Sur l'action physiologique d'un alcaloïde extrait de la tulipe des jardins) par Sydney RINGER (*The practitioner, octobre* 1880).

L'action de la tulipine diffère à peu près entièrement de l'action des alcaloïdes empruntés à la famille des amaryllidées.

La tulipine est un poison musculaire, qui agit à la façon de la vératrine. Son action est plus faible, cependant.

Elle paralyse la moelle ou les nerfs afférents, ou peut-être les deux à la fois ; il est plus probable qu'elle affecte les nerfs sensitifs.

Son action sur les nerfs moteurs est très faible.

Elle agit sur le cœur de la grenouille comme la vératrine.

La pupille n'est pas intéressée. A. MATHIEU.

Ueber einige Wirkungen des salzsäuren Oxaläthylen (Quelques actions du chlorhydrate d'éthylène oxalique, par Hugo SCHULZ (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol., Band XIII, Heft* 5, *p.* 304).

Résumé de l'auteur :

1° L'éthylène oxalique et l'éthylène oxalique chlorée agissent également sur le pneumogastrique cardiaque pour le paralyser.

2° L'éthylène oxalique agit sur le cerveau du chat à la façon de l'atropine; l'éthylène oxalique chlorée agit comme l'hydrate de chloral ou la morphine.

3° L'éthylène oxalique dilate la pupille, l'éthylène oxalique chlorée ne la dilate pas.

4° La présence du chlore enlève à cette combinaison organique ses propriétés excitantes pour le cerveau, elle lui donne des propriétés narcotiques. A. MATHIEU.

Ueber die Wirkungen der Antimonverbindungen auf den thierischen Organismus (L'action des composés antimoniaux sur l'organisme), par SOLOWEITSCHYK (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmak., Band XI, Heft* 5 *et* 6).

L'auteur résume ainsi qu'il suit les traits saillants de son travail :

« L'antimoine provoque un abaissement continu de la pression sanguine en dilatant les vaisseaux, et peut-être, en agissant directement sur le cœur. Il détermine des troubles du système nerveux central, des vomissements et des manifestations intestinales. Ces dernières consistent en une exsudation sanguine légère dans l'épaisseur de la muqueuse et à sa surface. L'action de l'antimoine dans ses traits principaux, est donc complètement analogue à celle de l'arsenic et du platine. »

A. MATHIEU.

I. — **Ueber einige neue Wirkungen des Natriumnitrits (De quelques actions nouvelles de l'azotate de soude), par BINZ** (*Arch. f. exper. Path. u. Pharmak., Band XIII, Heft* 1 *et* 2).

II. — **Narkotische Wirkung von Iod, Brom und Chlor (Action narcotique de l'iode, du brome, du chlore), par BINZ** (*eod. loc.*).

III. — **Aphorismen und Versuche über schlafmachende Stoffe (Aphorismes et expériences sur les substances narcotiques) par BINZ** (*eod. loc.*).

I. — 1° L'azotate de soude absorbé par injection hypodermique agit comme caustique interne à la façon de l'arsenic.

2° Il paralyse le système nerveux, en commençant par le cerveau, sans excitation préalable.

3°. L'une et l'autre de ces actions est attribuable au développement de l'oxygène naissant.

II. — 1° Grâce à la potasse de la lymphe et du sang, le chlore peut pénétrer des poumons dans les organes internes sans se transformer rapidement et complètement en chlorure de sodium et sans déterminer de coagulation.

2° Lorsqu'on met à nu le cerveau et qu'on le coupe, la présence du chlore libre est très évidente après absorption de ce gaz.

3° L'iode, le brome et le chlore déterminent des paralysies des centres nerveux chez les grenouilles auxquelles on les fait respirer, et cela sans convulsions.

4° Cette paralysie s'explique par l'arrêt immédiat de l'activité du protoplasma des cellules nerveuses.

5° Le chlore n'est pas un poison direct du cœur, et tue surtout en paralysant le centre respiratoire.

III. — Les recherches qui ont amené Binz aux conclusions qui viennent d'être reproduites tendent toutes à démontrer que le sommeil résulte d'une action directe de certaines substances sur les cellules nerveuses. L'ozone, l'oxygène naissant, le chlore, le brome modifient le protoplasma des cellules en déterminant une sorte de coagulation imparfaite, et du trouble de fonctionnement produit résulte le sommeil. La morphine, substance narcotique par excellence, est parmi les alcaloïdes le plus avide d'oxigène. Binz prétend reconnaître au microscope les cellules nerveuses qui ont été soumises à l'action d'une solution de morphine immédiatement après la mort. Sur le vivant, à l'en croire, il se produirait une modification analogue. L'ensemble de ces expériences et des formules chimiques qu'il développe tendent donc à établir une théorie chimique du sommeil. A. MATHIEU.

Ueber den Einfluss der Natronsalze auf den Eiweissumsatz im Thierkörper (De l'influence des sels de soude sur la transformation de l'albumine dans l'organisme), par J. MAYER (*Zeitsch. f. klin. Med., Band III, p.* 82, 1881).

Mayer a étudié l'influence des sels de soude sur la combustion des matières albuminoïdes de l'organisme, c'est-à-dire leur influence sur la production et l'excrétion de l'urée. Il a, dans ses expériences, successivement employé l'acétate de soude, le carbonate de soude, le sulfate de soude et le phosphate de soude.

L'acétate de soude à forte dose augmente la quantité de l'urine sécrétée, et diminue, dans de très petites limites, la destruction des substances azotées de l'organisme.

Sous l'influence du carbonate de soude, la combustion des matières albuminoïdes augmente proportionnellement aux doses ingérées. Le sulfate de soude et le phosphate de soude agissent à peu près de la même manière. M. DEBOVE.

Des effets nutritifs du bicarbonate de potasse à doses modérées, par Martin DAMOURETTE et HYADES (*Journ. de thérap., n°* 15, *août* 1880).

Les auteurs ont voulu comparer l'action du bicarbonate de potasse à celle du bicarbonate de soude. Ils ont donné ce sel à deux malades, à

raison de 2 à 5 grammes par jour, en deux prises, à chaque repas. Ils ont mesuré la quantité d'urine émise, sa densité, dosé l'urée et l'acide urique, compté les globules rouges, relevé le poids du corps. Leurs observations ont été faites avant, pendant et après l'administration du bicarbonate de potasse.

Ils ont trouvé, comme résultat général, que le bicarbonate de potasse jouissait d'un pouvoir excitateur de la nutrition bien supérieur à celui du bicarbonate de soude.

La quantité d'urine a été augmentée chez le premier sujet, diminuée chez le second, à cause de la restriction apportée à l'usage des boissons. La quantité d'urée a augmenté, dans les deux cas, de 3gr, 80 en 24 heures pour l'un, de 2gr, 42 pour l'autre. Ces quantités sont plus faibles que celles qu'on observe avec l'eau de Vichy. L'acide urique a diminué de 2 0/0 et de 3 0/0 en 24 heures.

Le nombre des hématies s'est élevé de 433,000 chez le premier malade, de 1,271,000 chez le second. Le poids du corps s'est également accru de 1 kilogramme à 1 kilog. 250.

Il s'est produit une sensation générale de plénitude, de pléthore très marquée.

En résumé, les sels de potasse sont des éléments de force et de nutrition.

Les alcalins agissent sur la diathèse urique : 1° physiquement, en augmentant la quantité d'urine; 2° chimiquement, en activant l'élimination de l'acide urique; 3° trophiquement, en modérant sa formation.

A. MATHIEU.

Studi sperimentali sui cloruri di ferro, par Vincenzo CERVELLO (*Rivista clin. di Bologna, janvier* 1881).

Le perchlorure de fer est absorbé à l'état de protochlorure. L'absorption est démontrée par les expériences de l'auteur, par les modifications subites que présentent le cœur et les vaisseaux chez l'homme et chez la grenouille. La réduction est démontrée par ce fait que les effets physiologiques des deux sels sont identiques. En admettant cette réduction, l'auteur n'entend pas exclure la combinaison du chlorure ferreux avec les substances organiques; il croit, au contraire, qu'il forme un composé organique, dont la nature est encore inconnue, mais qui doit participer certainement des propriétés des sels ferreux. L'action physiologique du chlorure de fer porte sur le cœur et sur les vaisseaux sanguins; ils doivent être considérés à bon droit comme hémostatiques; il y a concordance entre les résultats obtenus sur les organes extirpés et ceux obtenus sur l'organisme entier. Les battements du cœur, vu leur influence, diminuent de force et de fréquence, il y a une forte constriction des vaisseaux sanguins, et principalement des vaisseaux capillaires. Sous cette double influence, le sang se ralentit, des caillots peuvent se former dans les vaisseaux sectionnés, et déterminer l'arrêt définitif des hémorragies.

F. BALZER.

3°. L'une et l'autre de ces actions
l'oxygène naissant.

II. — 1° Grâce à la pot
pénétrer des poumon
rapidement et com
de coagulation.

2° Lorsqu'on
chlore libre es

3° L'iode,
nerveux ch
convulsion

4° Cett
toplasm

5° L
ralys

III
ner
d'
I

REVUE DES SCIENCES MÉDICALES

Respiration périodique sous-cutanée de muscarine produit aussitôt, chez la grenouille, l'apparition du rythme respiratoire à périodes, comme il arrive lorsque l'on fait l'ablation du cœur ou la ligature des aortes. Bien que la muscarine ait un effet inhibitoire sur le cœur, ce n'est pas à ce trouble circulatoire qu'il faut attribuer le phénomène respiratoire. Langendorff admet que le poison produit une inhibition respiratoire indépendante et coordonnée de l'inhibition cardiaque, par action directe sur les appareils inhibitoires. L'appareil inhibitoire de la respiration serait placé dans le bulbe : il pourrait être excité directement (méningite bulbaire) ou par l'intermédiaire du trijumeau (dans le cas d'inhalation chloroformique chez un animal narcotisé). Dans les deux cas apparait le phénomène de Cheyne-Stokes.

La digitaline produit des effets analogues, mais ils reconnaissent une autre cause. Le rythme à périodes n'apparait que lorsque le cœur est arrêté et il parait dû, cette fois, au trouble circulatoire. Les groupes de respirations forment l'escalier ascendant, comme dans le cas de ligature des aortes. L'action directe de la digitaline se traduirait par une paralysie respiratoire, qui apparaît lorsque le cœur a repris son rythme.

DASTRE.

Case of strychnin poisoning treated successfully with bromide of potassium and chloral, par ENGLEDUE PRIDEAUX (*The Lancet*, 8 *janvier* 1881).

A la suite d'une erreur de pharmacie, une femme de cinquante ans avait pris environ 4 centigrammes de strychnine dans une solution de citrate de fer. Appelé auprès d'elle environ quatre heures après l'accident, l'auteur la trouva en proie à de violentes convulsions tétaniques, affectant la forme de l'opisthotonos, qui se renouvelaient de moment en moment avec une intensité croissante. Il administra aussitôt 15 grammes de bromure de potassium avec 4 grammes de chloral. Au bout d'un quart d'heure, les spasmes commencèrent à perdre de leur violence, et les muscles se relâchèrent un peu ; une seconde dose de 15 grammes de bromure produisit une sédation à peu près complète. — Cependant, comme les convulsions revenaient encore de temps en temps, une troisième dose de 15 grammes, divisée en trois paquets, fut administrée dans le courant de la nuit. Le lendemain matin, la malade était calme, mais très faible et comme paralysée ; le pouls était lent et faible, les mouvements des membres presque impossibles ; il y avait de l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Ces accidents se dissipèrent lentement, et la malade, au bout de cinq jours, était capable de s'asseoir ; la guérison fut complète.

H. BARTH.

I. — Zur Casuistik der akute Leberatrophie nach Phosphorvergiftung, par Fr. ERMAN (de Hambourg) (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und œffentliches Sanitaetswesen, nouv. série, XXXIII, p.* 61, *juillet* 1880).

II. — Empoisonnement par le phosphore, par VERMEIL (*Société de medecine*

legale, 14 *juin* 1880. — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e *série*, *IV*, *p.* 256, *septembre* 1880).

III. — **Phosphorvergiftung, par STUMPF (de Zeitz)** (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. u. oef. San. nouv. série, XXXIII, p.* 362, *octobre* 1880).

I. — Thierfelder (Ziemssen's Handb. VIII, 1878, *article* atrophie aiguë du foie), affirme que dans l'empoisonnement par le phosphore, la diminution de volume du foie ne survient jamais aussi vite que dans l'atrophie aiguë; il ajoute que dans les cas où le rapetissement du foie se laisse constater avant la fin du premier septenaire, on peut exclure avec certitude le phosphore, comme cause de la maladie. Or, le fait suivant montre que cette assertion, si importante pour la médecine légale, est erronée; il présente en outre un symptôme intéressant, une chylurie survenant au huitième jour.

Jeune homme de 19 ans; la veille dans l'après-midi, 20 septembre, il a raclé dans de l'eau les têtes de 5 paquets d'allumettes et avalé le liquide. Le lendemain matin premières coliques. Après ingestion de quatre tasses de lait, début de vomissements d'abord jaunes puis verts, haleine phosphorée. Au moment de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire 17 heures après sa tentative de suicide, il ne vomit plus et n'a pas de douleurs abdominales, ni spontanément ni à la pression de l'épigastre. Traitement : sulfate de cuivre et essence de térébenthine.

23 septembre. Ictère conjonctival s'étendant le lendemain sur le corps. Céphalalgie. Bon appétit. De 68 le pouls tombe à 45. Épigastre sensible à la palpation. Dès le lendemain, 24, la diminution de volume du foie devient appréciable, en ce que l'organe ne dépasse plus les fausses côtes comme précédemment.

Suivant les jours, l'urine contient de l'albumine ou non.

Le 28, chylurie; somnolence pendant la journée avec agitation le soir. Le malade va sous lui: le pouls a remonté à 72 et la température qui n'a jamais été fébrile, tend à devenir subnormale.

Dépouillée de sa graisse qui lui donne l'aspect laiteux, l'urine se montre un peu albumineuse et ictérique.

Mort le 30 au matin, après 9 jours et demi de maladie. Autopsie. Sérosité sanguinolente dans les plèvres. Liquide clair, brun verdâtre, dans le péricarde. Flaccidité du cœur qui contient du sang coagulé; valvules ictériques comme la plupart des organes et des fluides du corps. Muqueuse gastrique, épaissie et recouverte de nombreux caillots.

Au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac et le long de l'œsophage, la muqueuse offre quelques excoriations. La muqueuse grêle, d'ailleurs intacte, est doublée par places d'une couche de sang noirâtre, très adhérente. Reins volumineux.

Foie très petit (21 centimètres de large sur 16 centimètres d'épaisseur, et 6 1/2 de hauteur au niveau du lobe droit) pesant 870 grammes, présentant à la coupe une double teinte, résultant de points rosés, plongés dans un réseau blanchâtre. Injection des deux substances cérébrales.

Au microscope, disparition presque complète des cellules hépatiques qui sont remplacées par un détritus finement granuleux, par des gouttelettes graisseuses et par un pigment brunâtre. Pas trace d'hyperplasie du tissu conjonctif.

Les deux faits suivants sont des exemples de ces accidents secondaires survenant vers le 5e ou le 6e jours, après une phase de rémission.

II. — Journaliste âgé de 47 ans, qui s'empoisonne avec une décoction d'une demi-livre d'allumettes de la régie dans du vin rouge. D'après les expériences comparatives faites par Chéreau, cet homme doit avoir ingéré ainsi 52 centigrammes de phosphore. Émétique, lait et essence de térébenthine. Les premiers vomissements ont lieu 10 heures après l'ingestion du toxique; avant le vomitif, il n'avait eu aucune nausée, mais depuis les premiers vomissements, le malade a continué à rejeter à peu près tout ce qu'il prenait, la térébenthine, donnée en potion, notamment.

De temps en temps, le bras droit est pris de crampes non douloureuses : haleine alliacée.

Le lendemain (27 avril), entrée à l'hôpital : lait glacé, capsules d'essence de térébenthine (20 de 0.40 par jour), odeur alliacée des garde-robes. Les matières vomies le 28 noircissent un papier imprégné de nitrate d'argent, mais non celui imprégné d'acétate de plomb; d'autre part, à l'appareil de Mitscherlich, on n'obtient pas de lueurs phosphorescentes, ce qui s'explique par l'absorption de l'essence de térébenthine.

Le 28 dans la soirée, l'haleine ne présente plus l'odeur alliacée, l'épigastralgie, les crampes et les vomissements ont diminué; pas d'albumine dans l'urine. Opium en outre du traitement précédent.

29. Nuit bonne. Plus de nausées. Langue saburrale. Inappétence. Teinte subictérique. Le foie a son volume normal. Urine faiblement albumineuse et ictérique. Le soir, fièvre.

30. Augmentation de l'ictère et de l'albuminurie. Constipation.

1er mai. Insomnie, céphalalgie, suppression de l'opium.

4. Prostration, intelligence nette, pétechies thoraciques, entérorragie, douleurs dans l'hypocondre droit. L'ictère continue à augmenter. Urine rare depuis 3 jours. Mort le 5 au matin après de nouvelles hémorragies par la bouche et l'anus.

Autopsie 48 heures après la mort. Rigidité cadavérique. Ecchymoses sous-pleurales de toutes dimensions, depuis le simple piqueté jusqu'à la largeur d'une pièce de 5 francs, ecchymoses gastriques, sous-péricardiques, sous-péritonéales et intestinales. Une cuillerée de liqueur citrine dans le péricarde. Myocarde pâle, mais ne contenant pas de granulations graisseuses. A la loupe, le foie offre l'apparence granitée dite muscade : le centre du lobule, jaune clair est entouré de traînées rouges dessinant les espaces inter-lobulaires. Dégénération graisseuse complète des cellules hépatiques et de l'épithélium des canaux biliaires. Cirrhose interstitielle assez marquée.

Dans les reins, lésions analogues mais moins avancées, car les cellules bien que remplies de granulations graisseuses ne sont pas détruites; glomérules peu altérés; congestion rénale très minime. Muqueuse gastrique un peu épaissie. L'estomac et l'intestin contiennent un liquide noirâtre dont 100 grammes analysés, renferment 21 milligrammes de pyrophosphate de magnésie correspondant à 58 décimilligrammes de phosphore. Rien à signaler dans le cerveau.

III. — Un ouvrier gantier, robuste, âgé de 17 ans et demi, après avoir bu la veille au matin, étant en voyage, de la bière qu'il avait trouvée excessivement mauvaise, 24 heures plus tard, s'affaisse brusquement sur lui-même, en proie à des coliques violentes et vomit un fluide aqueux, sentant le soufre au dire de l'entourage.

Le lendemain 3, oppression, soif, petitesse du pouls, épigastre gonflé et douloureux.

Etat soporeux qui se prolonge un jour et demi.

Le 4e jour, ictère et douleur au niveau du foie.

Du 5e au 7e jour, amélioration marquée, le malade qui se promène dans sa chambre voudrait sortir. Appétit bon.

Mais le 7e jour au soir, surviennent brusquement des vomissements noirâtres, suivis de collapsus entraînant la mort en une demi-heure.

Autopsie. Sang noir et goudronneux. Foie de consistance pâteuse et augmenté de volume; au microscope, cellules hépatiques volumineuses et renfermant par-ci par-là des gouttelettes graisseuses. Reins volumineux; les glomérules font saillie dans la couche corticale sous forme de points rouges, gouttelettes graisseuses dans l'épithélium des canalicules.

Muqueuse gastrique gonflée et recouverte d'un fluide noirâtre. Quelques gouttelettes de graisse dans les glandes à pepsine dans le myocarde et dans les muscles des membres.

Analyse chimique infructueuse. (*R. S. M.*, I, 834; VI, 582; VIII, 671; IX, 111; XII, 118 et 498; XIII, 497; XIV, 512; XVI, 88 et XVII, 493.) J. B.

Ueber Oxalsäurevergiftung (Sur l'empoisonnement par l'acide oxalique), par A. FRAENKEL (*Zeitsch. f. klin. Med., Band II, p.* 664, 1881).

Dans le cas observé par l'auteur, les phénomènes observés furent de deux ordres. Les uns, communs à l'empoisonnement par toute substance caustique, la brûlure de la gorge, les douleurs d'estomac, les vomissements; les autres propres à la substance ingérée, la prostration et les troubles de la sécrétion urinaire.

Les deux premiers jours il y eut de l'anurie, puis le taux de l'urine devint normal; ce taux fut ensuite dépassé et il survint de la polyurie. Malgré leur peu d'abondance au début, les urines conservèrent leur densité normale; elles furent dans le principe albumineuses.

La diminution des urines, en pareille circonstance, est le fait du passage de l'acide oxalique à travers le rein. On sait en effet que l'acide oxalique est brûlé en partie dans l'organisme, mais qu'une partie passe dans l'urine sous forme d'acide oxalique, d'oxalate de chaux ou de soude.

L'oxalate de chaux étant insoluble dans l'urine et même dans l'acide acétique, on comprend facilement qu'une excrétion soudaine et anomale de ce sel amène une obstruction des canalicules urinifères et arrête ainsi la sécrétion urinaire.

Sur le malade de Fraenkel on put, dès les premiers jours, reconnaître dans l'urine la présence de cristaux d'acide oxalique. Il fut dosé par le procédé de Vogel qui consiste à transformer dans l'urine l'acide oxalique en oxalate de chaux. La proportion d'acide oxalique excrété, faible au début, augmenta les jours suivants, ce qui paraît d'accord avec la doctrine de l'obstruction.

Cependant l'oligurie ne reconnaît pas l'obstruction comme cause exclusive, car dans les cas où il n'y a pas d'albuminurie, et par conséquent pas de néphrite, les urines ne diminuent pas d'une façon très sensible. Fraenkel rapporte un cas d'empoisonnement par l'acide oxalique sans albuminurie ni oligurie. M. DEBOVE.

HYGIÈNE

I. — **Les conseils d'hygiène des départements, ce qu'ils pourraient être, par J. BERGERON** (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, t. I, p. 26, janvier* 1879).

II. — **Nos institutions d'hygiène publique. Examen critique de l'article 9 du décret organique de décembre 1848, par G. DROUINEAU** (*Même journal, t. I, p.* 177, *mars* 1879).

III. — **Encore un mot sur les conseils d'hygiène, par NIVELET père** (*Ibidem, p.* 737, *septembre* 1879).

IV. — **Le budget de l'hygiène publique, par J. DROUINEAU** (*Ibidem, p.* 785 *octobre* 1879).

V. — **Les doléances des conseils d'hygiène, par E. VALLIN** (*Ibid., p.* 873, *novembre* 1879).

VI. — **Essai d'organisation de la médecine publique en France, par A.-J. MARTIN** (*Ibid., t. II, p.* 569, *juillet* 1880).

VII. — **Sur les moyens de faire aboutir les projets d'organisation de la médecine publique, par ARMAINGAUD** (*Ibid, III, p.* 147, *février* 1881 ; **réclamation de DROUINEAU,** *Ibid., p.* 297, *avril* 1881).

VIII. — **Note sur l'organisation de l'enseignement de la médecine publique, par Henri NAPIAS** (*Ibid., p.* 514, *juin* 1881).

Le nombre des écrits signalés en tête de cet article indique combien la question préoccupe l'esprit des hygiénistes, en même temps que les noms de leurs auteurs, parmi lesquels se trouvent des membres du comité consultatif, de conseils départementaux ou d'arrondissement, etc., est une garantie de leur compétence ; enfin, leur accord unanime, aussi bien sur les vices de l'organisation sanitaire française que sur la nécessité d'une réforme, voilà assez de raisons pour nous engager à résumer ces différents travaux.

I. — Les doléances des conseils départementaux roulent surtout sur l'indifférence ou le mauvais vouloir des préfets et maires, et sur la parcimonie des conseils généraux. Mais les conseils d'hygiène ont aussi leur part de responsabilité ; une vingtaine seulement envoient des rapports réguliers. Il en est dont on attend encore depuis trente ans le premier signe de vie. Jusqu'ici, ils n'ont guère profité du droit d'initiative qui leur a été explicitement reconnu en 1873.

Les conditions indispensables au succès de cette institution sont, d'après Bergeron, le concours effectif de l'administration centrale et des autorités locales ; la création d'inspecteurs de la salubrité chargés d'as-

surer l'exécution des décisions des conseils; le droit de réunion en dehors des séances réglementaires; l'échange de leurs rapports; l'institution de congrès annuels régionaux.

II et IV. — Défenseur naturel des conseils départementaux d'hygiène, Drouineau montre que les attributions si vastes, qui leur ont été conférées par le décret du 18 décembre 1848, se réduisent en réalité à peu de chose, parce qu'ils les partagent avec d'autres organes de l'administration sanitaire quand elles ne leur ont pas été complètement enlevées par la législation postérieure à leur création. En définitive, il ne reste en propre aux conseils d'hygiène que la police des établissements classés et celle des substances alimentaires et médicamenteuses, depuis la suppression des jurys médicaux.

Drouineau propose les remèdes suivants pour cet état de choses très nuisible à la santé publique:

En ce qui touche la salubrité des habitations, les conseils fonctionneraient comme commissions des logements insalubres, et ainsi se trouverait appliquée la loi de 1850 qui est restée lettre morte, sauf à Paris et à Lille.

Les médecins des épidémies, temporairement et insuffisamment rétribués, dépourvus de toute initiative et de moyens d'information, seraient remplacés, dans chaque arrondissement, par une commission spéciale prise dans le sein du conseil d'hygiène. Cette commission serait en rapport avec des commissions cantonales et des correspondants communaux; enfin toute cette organisation entrerait en activité sans le consentement préalable des maires et sous-préfets.

Il y aurait lieu aussi d'instituer dans tous les départements une inspection des établissements classés.

On vient de voir combien les attributions des conseils départementaux sont amoindries et restreintes. Si modestes pourtant qu'elles soient, ils ne peuvent les remplir convenablement, faute d'un budget suffisant. C'est ainsi que les commissions, ne pouvant se déplacer sans cesse à leurs frais, donnent leur avis sur examen des dossiers; les publications de rapports ne se font pas, et pour ne pas multiplier les occasions de dépenses, l'administration tâche de rendre les réunions rares. Il résulte d'un tableau dressé par Drouineau qu'une vingtaine de conseils généraux ne donnent aucune subvention, tandis que les autres, à part une dizaine, se bornent à allouer des sommes variant de 50 à 500 francs pour leur conseil d'hygiène.

Une réforme est urgente sur ce point; mais les départements supportent déjà des charges assez lourdes pour différents services tenant plus ou moins à l'hygiène : épizooties, vaccine, enfants, etc.; aussi Drouineau ne leur demanderait-il qu'une contribution annuelle de 1 franc par 100 habitants. Les autres ressources seraient fournies par une taxe de même quotité sur toutes les communes comptant plus de 1,000 habitants; par un droit de visite portant sur les établissements classés (de 1 à 3 francs par an, suivant la catégorie) et par le versement aux conseils d'hygiène de l'excédent du droit d'inspection des pharmacies qui fait actuellement retour à l'État.

III. — A la fois membre d'un conseil d'hygiène d'arrondissement et médecin des épidémies, Nivelet se trouve bien placé pour critiquer

l'institution des médecins d'épidémies. Il déclare n'avoir pas trouvé les praticiens disposés à lui fournir les renseignements demandés. Aussi réclame-t-il l'établissement des commissions cantonales prévues par le décret organique.

V. — Vallin demande l'installation de bibliothèques à l'usage des conseils départementaux.

VI. — Martin préconise la réunion à un seul ministère, celui de l'intérieur, de tous les services administratifs d'hygiène publique. Chaque département aurait un inspecteur ou directeur de la santé publique auprès duquel les conseils d'hygiène rempliraient le même rôle que le comité consultatif auprès de la direction centrale. Le ministre présenterait annuellement aux Chambres un rapport sur l'administration sanitaire. Enfin, pour recruter le personnel nécessaire, on ouvrirait, au Conservatoire des Arts et Métiers, un institut ou école supérieure d'hygiène publique. L'excédent de dépenses serait couvert par les profits du service sanitaire maritime, qui sont actuellement versés directement au Trésor public.

VII. — Armaingaud engage la Société de médecine publique à envoyer dans les principales villes des conférenciers chargés d'éclairer l'opinion et de provoquer une agitation générale en faveur de la réorganisation de nos institutions sanitaires.

VIII. — Napias propose l'adjonction aux Facultés de médecine d'un enseignement complémentaire de médecine publique avec diplôme spécial. Cet enseignement comprendrait des travaux pratiques, des laboratoires, un musée, des excursions. J. B.

Ueber den Einfluss des Berufs auf Sterblichkeit und Lebensdauer (Influence de la profession sur la mortalité et la durée de la vie, par Richard KAYSER (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und oeffentliches Sanitaetswesen, nouv. série, t. XXXIII, p.* 126 *et* 334, *juillet et octobre* 1880 *et t. XXXIV, p.* 126, *janvier* 1881).

Ce mémoire, dont les matériaux ont été empruntés au bureau de statistique de Breslau, est rempli de chiffres, de tableaux et de courbes que nous ne pouvons reproduire. Contentons-nous d'indiquer le procédé de recherches de l'auteur et les principaux résultats auxquels il est arrivé. Son étude a porté sur tous les décès masculins, au-dessus de 15 ans, survenus de 1874 à 1877. Il a pris pour base de sa classification non seulement les analogies professionnelles, mais encore la situation sociale et matérielle des personnes, c'est-à-dire qu'il a établi d'abord trois grands groupes : celui des professions libérales; celui des professions n'exigeant qu'une instruction moyenne ; enfin celui des professions manuelles. Ces deux derniers groupes présentent à leur tour des subdivisions, au nombre de quatre pour le deuxième (1° employés de bureau et instituteurs primaires ; 2° propriétaires et rentiers ; 3° employés de commerce et commerçants ; 4° autres professions). Quant au groupe des professions manuelles ou industrielles, il se subdivise en ouvriers de métiers (artisans) et en journaliers.

Mortalité suivant les âges. Dans les professions libérales, le chiffre de

la mortalité s'élève d'une façon à peine sensible jusqu'à 60 ans et n'atteint son maximum que dans la dernière classe d'âge (au-dessus de 75 ans).

Dans les professions ne supposant qu'une instruction moyenne, l'accroissement de la mortalité est continu et arrive au maximum déjà de 60 à 65 ans.

Enfin, dans les professions manuelles, ce maximum se trouve atteint dès 40 à 45 ans, et depuis lors on constate une diminution légère de la mortalité.

La mortalité des professions manuelles dépasse celle des deux autres groupes surtout dans l'âge moyen (30 à 60 ans), tandis que l'écart est moindre dans la jeunesse et la vieillesse.

Répartition des vivants suivant les âges. Breslau est une ville universitaire, ce qui explique pourquoi, dans le groupe des professions libérales, la diminution du nombre des vivants commence à partir de 25 à 30 ans. Elle se poursuit ensuite très régulièrement, de sorte que la courbe qui la représente suit une direction presque horizontale.

Pour les professions où l'instruction est moyenne, la chute de la courbe des vivants est déjà plus rapide : dès la deuxième période quinquennale (20 à 25 ans), cette courbe décrit une ligne formant avec l'horizontale un angle de 45°.

Pour les professions manuelles, la chute de la courbe devient tout à fait raide, et à partir de la 3e période quinquennale, elle se rapproche beaucoup de la perpendiculaire.

L'âge moyen de l'ensemble de la population masculine au-dessus de 15 ans, à Breslau, est de 46 ans.

L'âge moyen des morts diminue du premier au troisième groupe professionnel.

Parmi les professions représentées dans le premier groupe, ce sont les médecins qui vivent le moins longtemps, et les hauts fonctionnaires le plus.

Parmi les professions manuelles, ce sont les ouvriers en tabac et les ouvriers en pierre qui ont l'âge le plus faible, aussi bien pour les morts que pour les vivants ; après eux, viennent les coiffeurs.

Les tailleurs et les cordonniers, de constitution généralement peu robuste, vivent cependant plus longtemps que les ouvriers en métaux. Toutefois, avant 30 ans leur mortalité est supérieure à celle de ceux-ci.

Causes de décès. La fréquence des affections des centres nerveux est, dans le groupe des professions libérales, presque le double de celle du groupe des professions manuelles : la moitié des décès est due à l'apoplexie cérébrale, affection sénile.

Les affections cardiaques causent les morts les plus nombreuses parmi les professions commerciales (subdivision du 2e groupe), et les moins nombreuses parmi les professions manuelles.

La tuberculose pulmonaire exerce surtout ses ravages chez les ouvriers de métiers (3e groupe) et, parmi eux, principalement chez les ouvriers en pierre et ceux en tabac.

Toutes les affections pulmonaires sont d'ailleurs plus meurtrières dans le groupe des professions manuelles.

Les affections des viscères abdominaux occasionnent le plus de décès dans les professions libérales et le moins chez les artisans.

La mortalité de la fièvre typhoïde varie peu dans les trois groupes.

Le delirium tremens est plus fréquemment indiqué comme cause de mort dans les professions manuelles.

Les suicides sont un peu plus communs également parmi les professions manuelles, surtout chez les journaliers, mais leur fréquence est aussi grande dans la classe des commerçants.

Les morts accidentelles en rapport avec la profession sont naturellement plus nombreuses dans le groupe des professions manuelles, en tête duquel se trouvent ici les ouvriers employés à l'exploitation des lignes de chemins de fer. J. B.

Des appareils à désinfection par l'air chaud destinés à la purification des vêtements, des linges, des objets de literie et de tenture ayant été en contact avec des personnes atteintes de maladies infectieuses ou contagieuses, par HERSCHER (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, t. III, p.* 515 *et* 665, *juillet et août* 1881).

Il y a lieu de recommander, pour la construction des étuves à désinfection par l'air chaud, les diverses dispositions suivantes :

1° La séparation complète entre les objets à désinfecter et ceux déjà épurés ;

2° L'emploi d'étuves à deux portes, l'une antérieure, l'autre postérieure, pour l'entrée et la sortie des objets, avec adaptation de châssis d'accrochage mobiles ;

3° L'emploi de matériaux mauvais conducteurs pour les parois de l'étuve, avec double revêtement intérieur en bois, de manière à assurer une température uniforme dans toutes les parties de la chambre de désinfection.

4° Pour la même raison, l'air chaud doit pénétrer dans l'étuve à la région supérieure ;

5° Le gaz est le meilleur moyen de chauffage, non seulement à cause de la vapeur d'eau que sa combustion produit (600 grammes par mètre cube) mais encore parce que seul il se prête à l'action automatique d'un régulateur influencé uniquement par la température même de l'étuve.

La Société de médecine publique a adopté à l'unanimité le vœu qu'une étuve à désinfection par l'air chaud soit installée dans tous les établissements hospitaliers (*R. S. M.*, XI, 120 et XII, 136). J. B.

Essai sur l'hygiène intérieure des appartements, par A. BOURGEOIS (in-8°, *Béziers*, 1879).

Opuscule destiné surtout au grand public et dans lequel l'auteur, après avoir exposé la distribution la plus convenable d'un appartement, indique les préceptes hygiéniques applicables à toutes les pièces, pour terminer par l'hygiène particulière à chacune d'elles.

Nous nous contenterons de relever quelques points. Est-il bien sage quand on s'adresse aux gens du monde, de dire qu'on a beaucoup exagéré

les inconvénients de loger prématurément dans une habitation récemment construite et les dangers des papiers de tenture peints avec des couleurs toxiques ?

Pour ne pas nuire à la ventilation naturelle, on ne mettra de bourrelets aux portes et fenêtres, qu'en bas et sur les côtés.

Bourgeois loue l'usage allemand de munir les croisées de vitres bombées extérieurement ; en même temps qu'elles dispensent de petits rideaux, elles augmentent l'éclairage des pièces.

Pour l'éclairage artificiel, le mode le plus hygiénique, d'après l'auteur, est la lampe à pétrole à bec prussien ou bec de Boital. Elle est supérieure à la lampe à huile avec modérateur, à cause de la simplicité de son mécanisme.

Bourgeois relègue l'emploi du gaz dans les escaliers seulement.

Le calorifère à eau chaude et à air libre prime tous les autres modes de chauffage, mais il suppose un chauffage collectif non encore entré dans les mœurs.

En attendant, on donnera la préférence d'abord à la cheminée-poêle consumant n'importe quel combustible, en second lieu au poêle de faïence, brûlant du bois, enfin à la cheminée ordinaire alimentée de coke.

La ventilation inverse, qui s'accomplit naturellement par le tirage des cheminées, est la seule applicable dans les habitations privées non pourvues de calorifère ; c'est d'ailleurs la plus rationnelle.

L'auteur insiste à cette occasion sur les effets de la douche murale descendante. Monoyer a décrit sous ce nom un courant d'air qui s'établit, dans les pièces chauffées, du plafond vers le plancher, le long des murs froids et dont la force est proportionnée au tirage des cheminées et à celui des joints des portes et des fenêtres. J. B.

De l'isolement des personnes atteintes de maladies transmissibles et traitées à domicile, par F. DE RANSE (*Rev. d'hyg. et de pol. sanit.*, *II*, 49, *janvier* 1880).

Afin de permettre d'effectuer dans tous les cas l'isolement des malades traités à domicile, il y a lieu de créer des asiles où seront recueillies, durant le temps nécessaire, les personnes de la classe pauvre obligées d'émigrer de leur propre foyer pour se soustraire à la transmission de la maladie dont l'un des leurs sera atteint.

Ces asiles, pour les enfants, seront analogues au dépôt qui fait actuellement partie de l'hospice des Enfants assistés. On pourra sans doute utiliser, à cet effet, dans chaque quartier, bon nombre de crèches, d'asiles, de maisons de secours déjà existants.

Les asiles destinés aux adultes ne seront le plus souvent que de simples asiles de nuit, puisque la plupart des ouvriers travaillent au dehors.

L'intervention de l'autorité, réclamée parfois par le médecin traitant, aura principalement pour but et pour effet le transport d'office à l'hôpital de tout malade dont le traitement à domicile aura été jugé impossible, ou dont la famille aura refusé de se conformer aux mesures prescrites d'isolement. J. B.

I. **Note sur le transport des malades atteints d'affections contagieuses dans les voitures publiques**, par O. **DU MESNIL** (*Annales d'hygiène publ. et de méd. lég.*, 3e série, III, p. 338, avril 1880).

II. **Le transport des personnes atteintes de maladies transmissibles**, par A. J. **MARTIN** (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, II, p. 765, septembre 1880).

Les auteurs de ces opuscules ont [illegible] les principaux résultats de leur travail dans un rapport du Dr Desgr[illegible] au Conseil sanitaire d'Anvers.

Deux mesures sont employées [illegible] pour prévenir la transmission des affections contagieuses [illegible] : 1° la création de voitures spéciales [illegible] des malades ; 2° la désinfection obligatoire des voitures [illegible] ayant servi.

Le système des voitures [illegible] a trouvé place dans les lé[illegible] sur la prophylaxie des maladies contagieuses [illegible] p. 464 (1879) et s'accroît [illegible] commune [illegible] à cet égard [illegible].

En Belgique [illegible] tandis que [illegible]

A [illegible]

[illegible]

Location and administration of special and general Hospitals in which contagious diseases are received (Des conditions que doivent remplir les hôpitaux destinés à recevoir des maladies contagieuses), par John-Rose CORMAC (*Edinb. med. Journ., p.* 587, *janv.* 1881).

L'auteur, qui habite Paris, a été très frappé de voir, dans la dernière épidémie de variole, certains foyers de contagion se produire dans le voisinage des établissements où étaient soignés les varioleux, et notamment dans le quartier de la Sorbonne autour du bureau central. Aussi regarde-t-il l'isolement des varioleux, tel qu'on cherche à le pratiquer dans les grandes villes, comme très défectueux. Voici ses conclusions :

1° Les varioleux ne devraient pas être réunis dans des dépôts situés au milieu de quartiers populeux, mal aérés ; ils ne doivent pas non plus être contigus à des centres de populations incomplètement vaccinés ou revaccinés;

2° Les hôpitaux destinés à recevoir des varioleux ne doivent admettre que des varioleux, sans quoi, même avec des salles et des bâtiments séparés, on voit éclater des cas de variole dans ces établissements.

3° Des mesures très strictes doivent être prises pour empêcher la dissémination des produits épithéliaux et des croûtes qui s'échappent du corps des varioleux; pour cela, balnéation fréquente des malades, onctions des téguments et combustion des croûtes et balayures de la salle sont une précaution indispensable;

4° L'isolement des malades doit être absolu : ils ne doivent communiquer avec personne du dehors.

Les mêmes considérations sont applicables à la rougeole et à la scarlatine.

Pour le typhus et la fièvre à rechutes, au contraire, les dangers de contagion sont peu considérables, sauf quand les malades sont nombreux, dans des salles étroites. Il y a donc peu d'inconvénient à garder un petit nombre de ces malades dans les salles communes.

La fièvre typhoïde, elle aussi, est contagieuse, mais pas à la façon de la variole et de la rougeole. Le contage est renfermé dans les matières alvines, et il se diffuse généralement par les eaux potables, qui sont les agents de la transmission du virus.

Cependant on peut admettre comme vraisemblable l'opinion que l'atmosphère et les vents transmettent également le contage, quand des excrétions intestinales séchées au soleil sont réduites en poussière.

Il serait donc rationnel d'isoler les malades atteints de fièvre typhoïde dans des hôpitaux spéciaux; tout au moins est-il indispensable de détruire et de désinfecter systématiquement les garde-robes.

On peut affirmer que, dans ces conditions, l'accumulation de typhiques dans un établissement hospitalier ne serait préjudiciable ni au personnel de l'établissement, ni à la population du quartier. H. R.

I. — Sur la vulgarisation de l'usage du bain, par J. ARNOULD (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, III, p. 385, mai* 1880).

II. — Des établissements de bains publics, par ROBERTSON et F. Andreas MEYER (*Idem, IV, p. 289, octobre* 1880).

I. — Il est trois groupes de la population qui ont le plus besoin de bains et qui en prennent le moins : ce sont les soldats, les ouvriers et les paysans.

Arnould résume d'abord les essais d'installations balnéaires imaginés depuis vingt ans à l'usage des soldats : affusions froides de Dunal (1861), lotions d'eau chaude dans des baquets (Riolacci, 1866), douches chaudes par aspersion, de Haro (*R. S. M.*, XIII, 743), douches à la fois ascendantes et descendantes des nouvelles casernes de Dresde (*R. S. M.*, XV, 719), bains-douches Tollet.

L'auteur estime qu'il faut sacrifier quelque argent à l'achat du combustible nécessaire, plutôt que de recourir systématiquement à des procédés de calorification, économiques mais qui ont l'inconvénient de familiariser les hommes avec le voisinage d'immondices dont ils ne se garent déjà pas trop naturellement. Il faut donc, selon lui, renoncer à faire chauffer de l'eau dans le fumier en fermentation (*R. S. M.*, XVII, 727).

Pour des individus sains, nombreux, pressés et point riches, comme sont les soldats, les ouvriers et les paysans, le bain en baignoire, trop long et coûteux, n'est généralement pas nécessaire. Il suffit que le bain remplisse parfaitement l'indication du lavage général avec quelque dispositif particulier pour les parties les plus souillées, comme les extrémités inférieures. La douche, avec frictions savonneuses, pendant que l'individu a les pieds dans un bassin plein d'eau, satisfait entièrement à ce besoin. De plus, elle est tonifiante, n'exige que peu de temps et de frais, 3 à 4 litres d'eau par personne.

Les faits ont déjà prouvé que cette méthode balnéaire est aisément applicable aux militaires, mais Arnould est convaincu qu'elle peut être étendue aux ouvriers de l'industrie et de l'agriculture, avec beaucoup plus de profit pour eux que les bains-lavoirs publics, tels que ceux de Lille et de Rouen.

Les municipalités élèveraient sans grands frais des constructions légères réparties dans les quartiers ouvriers. Les chaudières n'auraient besoin de chauffer que le soir. Ces établissements, accessibles aux deux sexes par des entrées distinctes, devraient rester ouverts dimanches et jours de fête, seuls jours où il y aurait besoin de chauffer de l'eau 12 heures de suite. Le personnel de service peut être simplifié en se servant de tuyaux fixes, percés de trous, courant au plafond et sur le plancher, et que le client fera jouer lui-même par un tour de robinet. Il suffira d'un surveillant et d'un chauffeur.

Il ne convient pas de rendre ces bains absolument gratuits, ne fût-ce que pour leur assurer l'estime des clients. En percevant 5 centimes par bain-douche, Arnould estime que la commune ferait encore une bonne spéculation.

Une installation analogue serait facile dans tous les établissements

industriels munis d'un générateur de vapeur ; toutefois, il ne faudrait pas utiliser pour la douche l'eau de condensation des machines, parce qu'elle est odorante et grasse.

Dans les campagnes, c'est à l'école qu'on placerait les bains-douches, pour s'attaquer de bonne heure à l'horreur sacrée de l'eau dans laquelle on élève les petits villageois ; ce serait une annexe de la gymnastique. Les enfants iraient eux-mêmes chercher leur eau. La contagion de l'exemple pourrait gagner les parents, pour lesquels on réserverait une heure de la matinée du dimanche ; mais, pour les femmes, il faudrait une baignoire.

II. — L'intéressant mémoire de Robertson et Meyer, accompagné de nombreux plans, n'a pas, à notre connaissance du moins, d'analogue dans la littérature médicale. Nous ne ferons que signaler, parmi les établissements munis de bassins de natation, les splendides clubs balnéaires de Glascow. Nous avons hâte d'arriver aux bains destinés aux classes laborieuses. Entre toutes les villes allemandes qui en possèdent, Dortmund mérite une mention spéciale, car sa piscine, ouverte en 1878, nous semble être le type le plus parfait de ces établissements.

Tout l'établissement consiste en une piscine, en deux douches froides et en une baignoire destinée à ceux qui désirent se savonner avant d'entrer dans la piscine. La salle qui abrite la piscine est ventilée, chauffée à la vapeur et éclairée par 54 becs de gaz. La piscine, ouverte aux deux sexes en toute saison, a une longueur de 24 mètres, une largeur de moitié et une profondeur variable, suivant les points, de 75 centimètres à 3m,4.

L'eau en est renouvelée en été 3 fois par semaine, en hiver de quinzaine en quinzaine ; de plus, une gargouille lui fournit un écoulement continu d'eau chaude. En été, l'eau du bassin a 22°,5 ; en hiver, sa température est portée à 24°. Les parois du bassin, en briques et ciment, sont revêtues de carreaux de faïence. Tout à l'entour s'étendent un quai asphalté, 42 cabines et des banquettes où les écoliers peuvent déposer leurs vêtements. Pour les adultes, l'abonnement à l'année est de 25 francs; il est abaissé de moitié pour les enfants. Enfin, à certaines heures de la journée, apprentis et écoliers paient moins de 20 centimes. Aucune subvention n'a été nécessaire, vu le rapide succès de cet établissement, qui est administré par une commission municipale et a coûté 150,000 francs. Il est alimenté par les eaux de la ville, à raison de 3 centimes 3/4 le mètre cube.

On aura une idée des services rendus par la piscine de Dortmund quand on saura que, dans cette ville de 50,000 âmes; après 18 mois d'existence, elle compte déjà plus de 600 abonnés et fournit en moyenne par jour, l'été, 500 bains et l'hiver 100.

Quelles sont les conditions d'aménagement que doivent remplir les bains populaires avec bassins de natation ?

Non seulement chaque sexe doit avoir une entrée distincte, mais toutes les installations balnéaires doivent être doubles, afin de ne pas servir alternativement aux hommes et aux femmes.

Les dimensions des piscines doivent être calculées de façon que chaque baigneur y dispose d'un minimum de 3 mètres carrés et demi. Il est essentiel que de l'eau propre y afflue incessamment, de sorte que

celle du bassin soit complètement renouvelée en un jour et demi au plus; il suffira, dans ce cas, d'écurer la piscine tous les trois ou quatre jours. Il est également indispensable d'imprimer à la nappe liquide un mouvement continu au moyen d'une cascade ou d'une roue à aubes. Cette agitation permanente facilite l'entraînement dans le tuyau de départ des particules grasses qui se rassemblent à la surface de l'eau.

Lorsque l'eau qui alimente le bassin renferme du sable, de la glaise ou autres matières susceptibles de se précipiter, il convient d'établir dans la partie la plus déclive de la piscine une rigole mi-couverte où elles pourront se rassembler.

Pour que les chaussures des entrants ne viennent pas souiller les abords de la piscine, il y a lieu d'établir, en arrière des cabines, un deuxième passage qui sera seul accessible aux gens arrivant du dehors.

La température de l'eau de la piscine doit être maintenue aux environs de 22° centigrades, soit en y introduisant directement de la vapeur ou de l'eau chaude, soit par une circulation en conduites installées au fond du bassin.

On peut donner au fond du bassin la forme d'une cuvette ou, mieux encore, placer le maximum de profondeur non plus au centre, mais à l'une des extrémités de la piscine, en inclinant sa paroi inférieure dans le sens de la longueur, et cela d'une façon graduelle. La profondeur maximum est en général de 3 mètres; quant au minimum, il serait bon de l'abaisser à 50 centimètres, pour permettre aux enfants d'avoir pied.

Les nefs ou halles qui abritent les piscines doivent être en fer, verre et bois-peint à l'huile; elles doivent être, en même temps, largement aérées et suffisamment chaudes. Un maître ou une maîtresse de natation doit diriger la piscine, qui sera disposée de manière à être fréquentée en toute saison.

La création de bassins de natation est d'une nécessité absolue dans toute ville ou portion de ville comptant plus de 25,000 habitants.

Les cabinets renfermant les baignoires ne doivent pas avoir moins de 1m,80 en carré; les cloisons séparatives ne doivent s'élever qu'à 2m,5 de hauteur sans atteindre la toiture. Cette disposition favorise à la fois la ventilation et la surveillance.

Il est indiqué de placer en dehors des cabinets les robinets de distribution, afin d'éviter le gaspillage de l'eau. L'ameublement du cabinet, outre la table et la chaise obligatoires, devrait comprendre un chauffe-linge. Il faut donner la préférence aux baignoires en faïence ou en fonte émaillée, moins coûteuses et plus faciles à nettoyer que les baignoires métalliques. En donnant une forme inclinée de haut en bas et d'arrière en avant à la partie de la baignoire qui doit toucher le dos du baigneur, du même coup on diminue la quantité d'eau nécessaire au bain et l'on permet au corps de prendre une attitude commode et agréable. J. B.

Étude sur l'étiologie des accidents observés chez les hommes travaillant dans l'air comprimé, par GRANJON-ROZET (*Thèse inaugurale, Paris*, 1880).

Des travaux dans l'air comprimé, nécessités par la construction d'un nouveau bassin dans le port de Toulon, ont été l'occasion de cette thèse

où l'auteur cherche à prouver, après P. Bert, que l'air comprimé ne détermine d'accidents graves qu'à des pressions dépassant 5 atmosphères et, qu'aux pressions plus faibles, les seules usitées dans l'industrie, les accidents sont le résultat d'une décompression trop brusque.

Pendant toute la durée des travaux de Toulon, la pression n'a pas dépassé 2 atmosphères 7 dixièmes (2,7). Les ouvriers au nombre de 643 faisaient deux postes de 6 heures par jour. La décompression se faisait en moins de 2 minutes.

Un seul ouvrier a succombé : il est mort d'une myélite, causée par le travail dans l'air comprimé; 48 sont entrés à l'hôpital et 128 ont séjourné à l'infirmerie du chantier.

Les accidents ont toujours éclaté brusquement après la décompression. Sur 47 observations de l'hôpital, on compte 30 cas de paraplégie plus ou moins prononcée avec prédominance des symptômes de l'un ou de l'autre côté. La dypsnée et les sueurs profuses sont des phénomènes constants. Dans les cas plus graves, il y a eu des convulsions tétaniques. Enfin on relève 4 épistaxis sans importance, 1 hémoptysie chez un homme prédisposé et quelques cas de gonflements articulaires localisés ou généralisés.

Les 123 malades de l'infirmerie ont présenté les uns de la paraplégie transitoire, d'autres des tuméfactions musculaires dites *moutons* ou des démangeaisons caractérisées du nom de *puces*, etc.

Granjon donne dans sa thèse 8 observations dont celle du malade qui a succombé.

Quant à l'étiologie des accidents, comme Bert, il estime qu'ils ont tous pour cause le dégagement, au moment de la décompression, de l'azote dissous en excès, qui forme alors des embolies gazeuses capables d'obstruer les capillaires. (*R. S. M.*, I, 513; VI, 34; VII, 36; VIII, 58, XI, 471; XIII, 505; XV, 132 et XVIII, 77.) J. B.

I. — **Des conditions d'un bon cimetière (Expertise chimique des terrains pour le cimetière projeté de Saint-Georges à Genève), par L. LOSSIER** (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, II*, 446, *juin* 1880).

II. — **Sur les prétendus dangers présentés par les cimetières en général et par les cimetières de Paris en particulier, par G. ROBINET** (*Thèse de Paris, n°* 380, 1880).

III. — **Crémation ou inhumation, par Spencer WELLS (48e session de l'association médicale britannique à Cambridge, août 1880)** (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, II*, 1008, *novembre* 1880).

IV. — **Une séance de crémation à Milan, par E. VALLIN** (*Idem, p.* 854, *octobre* 1880).

V. — **La crémation au 3e congrès international d'hygiène à Milan, septembre 1880** (*Idem, p.* 864 *et* 927).

VI. — **Commission internationale pour la crémation** (*Idem, p.* 1027, *novembre* 1880).

VII. — **Fondation à Paris d'une société pour la propagation de la crémation** (*Idem, p.* 1027 *et Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e *série, IV* 566, *décembre* 1880).

VIII. — Lettre du ministre de l'intérieur au préfet de la Seine, refusant d'autoriser la crémation des cadavres des hôpitaux et amphithéâtres de dissection (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e *série*, *IV*, *p.* 571, *juin* 1881).

IX. — Les cimetières et la crémation, par F. MARTIN (*Paris*, 1881, *grand in*-8°).

I. — Lossier conclut que le terrain le plus propice à l'établissement d'un cimetière est un terrain calcaire et ferrugineux, moyennement perméable à l'air et à l'eau, et dont le sous-sol permet un écoulement lent et régulier des eaux des pluies.

On attribue généralement une grande valeur pour l'absorption des miasmes, aux plantations des cimetières. L'auteur estime que c'est une idée préconçue. Les alcaloïdes cadavériques, les sulfures et phosphures, l'ammoniaque libre sont impropres et même pernicieux à la nourriture des plantes. Les seules substances, provenant de la décomposition des corps, qui soient utiles à la vie végétale, sont celles qui sont arrivées à leur dernier degré d'oxydation : l'acide carbonique, les nitrates, les phosphates, les sels ammoniacaux, mais ce sont celles aussi qui n'ont plus aucune influence malsaine sur l'homme.

II. — Il existe à peine une vingtaine de faits d'accidents mis à la charge des cimetières. La majorité d'entre eux date du siècle dernier, c'est dire qu'ils sont peu détaillés et ne peuvent être contrôlés. — Bien plus, une bonne moitié de ces relations se rapportent à des sépultures dans les églises. Enfin aucune ne prouve qu'un cimetière bien tenu exerce une influence fâcheuse sur la santé des habitants d'alentour. Certains travaux de fouilles ou d'exhumations ont pu, il est vrai, donner lieu à des accidents isolés. Mais il est juste de leur opposer les faits suivants : De 1785 à 1787, il a été exhumé, sous la direction de Thouret, et sans aucun accident, 15 à 20,000 cadavres du cimetière et de l'église des Saints-Innocents; les ouvriers travaillaient jour et nuit et une partie des opérations eurent lieu en été. A la suite de la guerre de 1870, de nombreuses exhumations, tout aussi inoffensives pour leurs auteurs, ont été faites dans les environs de Paris. Chaque année, il s'effectue dans les divers cimetières parisiens, un grand nombre d'exhumations de corps récemment enterrés dans des sépultures provisoires; jamais il n'en est résulté d'inconvénients pour les fossoyeurs.

Bouchardat a dit déjà : « Il existe dans l'opinion publique et dans les écrits consacrés à l'hygiène des cimetières une grande exagération sur la nocuité des émanations des fosses à l'air libre. On a confondu les atmosphères confinées des caveaux avec les dégagements gazeux qui peuvent se produire à l'air libre dans les cimetières. On doit encore étudier séparément tout ce qui se rapporte aux exhumations, aux travaux et mouvements de terrain dans les cimetières abandonnés. »

C'est à l'acide carbonique confiné que sont dus presque tous les accidents signalés, mais ce n'est pas là une nocuité particulière aux cimetières; les mêmes événements peuvent se produire dans des puits, des caves, des celliers, des cuves à raisin, des fours à chaux, etc.

Robinet a cherché à évaluer la quantité maximum d'acide carbonique que dégageraient les corps enterrés dans les cimetières de Paris. Il est

arrivé à ce curieux résultat, qu'à lui seul, l'éclairage au gaz de l'Opéra fournit une quantité treize fois plus forte d'acide carbonique, dans le cours d'une année.

D'un autre côté, Miquel a reconnu que les germes microscopiques récoltés simultanément à l'observatoire de Montsouris et au cimetière du Montparnasse étaient identiques; par litre d'air analysé, le chiffre moyen a été de 20,3 au cimetière et de 19,6 à l'observatoire météorologique.

Les cimetières n'altèrent donc pas l'*air* d'une façon appréciable. Polluent-ils davantage le *sol* ou les *eaux?*

En ce qui concerne le premier point, les expériences de Schuetzenberger, faites au cimetière du Montparnasse, concluent à la négative.

Pour ce qui touche les eaux, Fonssagrives, J. Lefort ont cité quelques faits positifs en regard desquels il ne serait pas difficile de placer un plus grand nombre de faits contraires. Contentons-nous de reproduire les résultats auxquels Fleck est parvenu après avoir analysé 21 échantillons d'eaux pris dans les différents cimetières de Dresde. Toutes ces eaux renfermaient des nitrates, sulfates, chlorures et autres sels, produits du dernier degré d'oxydation des matières animales, mais une fosse d'aisances ou un égout mal construits fournissent plus de matières organiques à l'eau du sous-sol que le cimetière le plus saturé.

En collaboration avec M. Machin, l'auteur de la thèse que nous résumons, a refait, sur les mêmes puits parisiens, les analyses exécutées par Boussingault, il y a une trentaine d'années; la qualité de leurs eaux n'a pas empiré depuis cette époque, bien qu'on ait continué à enterrer.

III. — Comme H. Thompson, Sp. Wells est partisan de la crémation. Mais le four crématoire du cimetière de Woking attend pour fonctionner une modification à la loi sur les sépultures.

IV. — La première crémation a été pratiquée à Milan, le 22 janvier 1876, sur le corps du chevalier A. Keller mort 2 ans auparavant, après avoir fait construire un temple crématoire au cimetière. 3 mois plus tard, on incinérait dans le même appareil, la dame Pazzi Locatelli. Le four à gaz de Polli et Clericetti n'a servi que dans ces deux circonstances, car à sa mort, l'un de ses inventeurs, le professeur Polli, a réclamé la crémation dans l'appareil Gorini. C'est ce dernier qui fonctionne actuellement dans le temple de Keller. A l'occasion du congrès international d'hygiène de Turin, la société milanaise de crémation, fondée en 1876, a incinéré deux cadavres des hôpitaux, l'un dans l'appareil Gorini, l'autre dans le four Venini. Avec le premier de ces appareils, la dépense de combustible est de 6 francs et il y a émission d'une certaine quantité de fumée noirâtre. Avec le second, de construction plus complexe et plus coûteuse, la crémation est un peu plus rapide, la dépense de combustible un peu moindre et n'y a aucun dégagement de fumée. Mais Vallin élève une sérieuse objection contre la manière dont on procède aux crémations à Milan. Pour ne pas mélanger les cendres humaines avec des cendres d'autre provenance, au moment d'introduire le corps dans l'appareil comburant, on l'extrait du cercueil; c'est là une manœuvre choquante qu'il faudrait supprimer.

Les membres de la société ont droit à la crémation gratuite; les personnes étrangères paient 30 francs à la société et 10 francs à la ville; une cellule spéciale pour l'urne cinéraire coûte 50 francs; le dépôt au columbarium commun, 3 francs.

VIII. — Lettre du ministre de l'i-
riser la crémation des
(*Annales d'hygiène*
1881).

IX. — Les

I. — I
d'un cir
méable
régul
Or
mie
idé
l'
c

Vallin ne croit pas la crémation applicable à l'assainissement des champs de bataille, à cause de la difficulté de réunir le combustible nécessaire et de l'impossibilité d'annexer aux armées des fourgons crématoires qui refroidiraient l'ardeur des combattants. Il faut la réserver pour les places assiégées et les armées de siège. Quant aux chevaux tués par l'ennemi, au lieu de les laisser se putréfier, on devrait les faire servir à l'alimentation des soldats.

VII et VIII. — A la fin de 1880, s'est fondée à Paris, une société pour la propagation de la crémation. Son but ne semble pas près d'être atteint auprès du gouvernement, car le ministre de l'intérieur vient d'opposer un refus au vœu émis par le conseil municipal de Paris (19 octobre 1880), pour que le gouvernement présente à bref délai une loi autorisant la crémation des cadavres et permette, en attendant, de soumettre à la crémation les débris humains provenant des amphithéâtres de dissection. — En ce qui touche ce dernier point, le ministre pense que des expériences de cette nature pourraient augmenter la répulsion qu'inspire le séjour de l'hôpital. D'autre part, la question ne paraît au gouvernement ni assez étudiée par la science, ni réclamée avec assez d'insistance par l'opinion, pour qu'il prenne la responsabilité de l'initiative d'un projet de loi sur la matière.

IX. — La première moitié du livre de Martin est consacrée à une esquisse des modes de sépultures à travers les âges et les peuples, depuis les temps préhistoriques.

Les terrains du cimetière de Loyasse ayant été déclarés impropres à de nouvelles sépultures par la commission consultative lyonnaise, l'auteur y a fait un certain nombre d'observations et d'expériences qu'il résume dans les propositions suivantes :

La nature chimique du terrain des cimetières n'a qu'une influence restreinte et secondaire sur la décomposition cadavérique. Sa perméabilité seule y joue un rôle décisif.

Les terres formées d'une argile compacte sont dans les conditions les plus défavorables. Une fois imbibées d'eau, elles se tassent et s'agglutinent autour du cercueil, et s'opposent aux échanges gazeux nécessaires au développement régulier des fermentations animales. Quand elles parviennent à se dessécher, elles se rétractent en blocs et produisent des

failles capables de livrer passage aux émanations putrides; plus tard, dans certaines conditions météorologiques, elles peuvent constituer au cercueil un milieu tellement sec et avide d'eau qu'il épuisera l'humidité des tissus et tendra à les momifier.

— Une humidité même excessive n'empêche pas la décomposition dans les terrains poreux, à moins qu'ils ne soient complètement et continuellement noyés. Dans une bière où l'eau séjourne, la fermentation semble à peine ralentie, pourvu que l'oxygène et les produits volatils de la décomposition puissent circuler entre le couvercle et le niveau du liquide.

Les terrains légers, où les sables et graviers dominent, conviennent parfaitement pour l'établissement d'un cimetière. Cependant, avec une pente rapide, par un climat ou des étés trop secs, ils peuvent, dans des cas rares, favoriser des momifications partielles.

Dans les conditions habituelles, la terre n'est jamais au contact du cadavre. D'autre part, le résidu ultime des tissus mous, trouvé au fond des cercueils, est tout à fait minime et ne pourra jamais saturer la terre. Au contraire, tous les produits de la décomposition, phosphate de chaux, azotates, acide carbonique et ammoniaque favoriseront la végétation.

Martin aborde alors l'étude de la crémation, dont il fait l'historique depuis l'antiquité. Se basant sur des expériences qu'il ne relate pas, il révoque en doute les résultats annoncés par Creteur, sur l'assainissement des champs de bataille de Sedan. Il combat ensuite les arguments des partisans de la crémation et adversaires des cimetières : infection de l'air et des eaux, saturation du sol, envahissement de l'espace nécessaire aux vivants.

— Le puits de l'ancien cimetière de la Guillotière, creusé dans un sol argileux divisé par du gravier et très perméable, fournit une eau qui ne laisse rien à désirer et dont Martin donne l'analyse.

Les terrains excessivement humides, compactes et froids, sont peu propres à la consommation des corps. Les remaniements qu'on leur fait subir à chaque inhumation, les désagrègent, les rendent plus perméables et plus aptes à décomposer les cadavres. Le sol des cimetières ne *dévore* pas les cadavres, il ne saurait s'en *rassasier*. Les diverses phases de la fermentation putride s'accomplissent à huis clos dans le cercueil, qui dure infiniment plus qu'elles, et la terre est à peine influencée par ses produits solubles ou gazeux, soit qu'elle les émette, soit qu'elle se les assimile.

L'encombrement est une objection plus sérieuse pour les grandes villes. Martin y propose les remèdes suivants. Substitution de concessions indéfiniment renouvelables aux concessions perpétuelles qui forment un dixième des inhumations; enterrement dans des galeries souterraines avec étages et cases en maçonnerie, qui occuperaient 4 fois moins d'espace que les cimetières actuels ; meilleur aménagement des tranchées communes avec incinération de tous les débris retirés de la fosse au bout de la période quinquennale.

En signalant les inconvénients de la crémation, au point de vue médico-légal, l'auteur fait remarquer que dans les cas mêmes où le poison pourrait être retrouvé dans les cendres, isolé des organes qu'il a lésés et des viscères où il se cantonne, il ne prouverait rien.

Martin conclut finalement : Les cimetières ne présentent pas la nocuité

dont on les accuse. La crémation n'est réclamée par aucune nécessité hygiénique. Elle pourra être imposée dans les épidémies graves, s'il est démontré que les germes infectieux résistent à la putréfaction. Elle est rarement indiquée pour l'assainissement des champs de bataille. La loi qui l'autorisera devra spécifier qu'elle sera toujours précédée d'un examen médico-légal. (*R. S. M.*, II, 838; IV, 332; XVII, 108.) J. B.

Le système des vidanges à Lyon, conclusions adoptées par la Société de médecine (*Lyon médical, p.* 88, 15 *mai* 1881).

La Société propose :

1° Le maintien des fosses fixes, à la condition qu'une enquête minutieuse en ait constaté le bon état, savoir :

a. L'isolement absolu d'avec l'égout.

b. L'étanchéité parfaite.

c. La déclivité du fond avec cuvette placée dans l'axe de l'ouverture.

d. A condition enfin qu'elles soient ventilées et qu'on en exécute le curage à fond à chaque vidange ;

2° Les fosses seront pourvues d'un tuyau d'évent qui sera prolongé à une hauteur suffisante, de manière à ne pas incommoder le voisinage;

3° Le libre écoulement des matières fécales à l'égout, soit à l'aide du système des anciens diviseurs fixes, soit par des versements des fosses, soit par évacuation directe, est interdit;

4° Les communications seront remplacées soit par des tinettes mobiles partout où il y aura un système d'irrigation suffisant, soit par des fosses fixes ;

5° Tous les tuyaux débouchant dans l'égout (tuyaux de tinette, d'eaux ménagères et eaux pluviales) seront munis à leur partie inférieure d'une fermeture hydraulique interceptant toute communication aérienne de ces conduits avec l'égout ;

6° Les sièges des cabinets d'aisance et les ouvertures d'évier seront pourvus d'un siphon hydraulique ou d'une soupape obturatrice;

7° Les égouts seront soumis à d'abondantes irrigations, et à certaines époques de l'année, en temps d'épidémie, à des lavages désinfectants.

A. C.

I. — **Lead poisoning from beer (Empoisonnement saturnin par de la bière), par C. HEWETT** (*British medic. Journ.*, 12 *avril* 1879, *p.* 546 *et Revue d'hygiène et de police sanitaire, t. I, p.* 507, *juin* 1879).

II. — **Arrêté du département sanitaire de Bâle sur les pompes à bière** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 13, *p.* 407, 1er *juillet* 1879).

III. — **Faits d'intoxication saturnine par la bière, par STOBBAERTS (de Malines)** (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3e *série, t. II, p.* 452, *novembre* 1879).

IV. — **Ueber Bierpressionen (Des pompes à bière). Rapport de ROSE, MUSCULUS et KRIEGER, au conseil d'hygiène de Strasbourg, le 6 décembre 1879** (*Deutsche Vierteljahrsschrift für œffentliche Gesundheitspflege, t. XII*, 408, 1880).

V. — **Gutachten der kgl. wissenschaftlichen Deputation fuer das Medicinal-**

wesen betreffend den Gebrauch von Bierpumpen (Rapport d'EULENBERG au comité consultatif prussien des affaires médicales sur l'usage des pompes à bière, 14 janvier 1880 (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und œffentliches Sanitaetswesen, nouv. série, t. XXXIII, p. 66, juillet* 1880).

VI. — Circulaire ministérielle prussienne relative au mode de construction des pompes à bière, 29 décembre 1880 (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 3, p. 44, 17 janvier* 1881).

VII. — Circulaire ministérielle française réglementant l'usage des pompes à bière, 22 février 1881 (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, t. III, p. 258, mars* 1881).

Il a suffi de quelques années pour rendre universel l'usage des pompes à bière, tellement les avantages en sont évidents aussi bien pour les débitants que pour les consommateurs. Ces appareils sont destinés à faire monter la bière de la cave, à l'aide d'air comprimé, jusque sur le comptoir de débit. Ils se composent d'une pompe à air, d'un réservoir de compression et de tuyaux qui relient le tonneau de bière, d'une part, au réservoir, d'autre part, au local de vente.

Leur supériorité sur le mode ancien de mise en perce des fûts est incontestable, au point de vue de la conservation et de la qualité de la bière, ce qui les rend surtout précieux dans les petits établissements. En effet, ils évitent tout déplacement de tonneau, toute agitation de son contenu, ce qui réduit au minimum la quantité de liquide trouble. De plus, en maintenant la bière sous une certaine pression, ils empêchent le dégagement de l'acide carbonique, de sorte que cette boisson garde plus longtemps sa saveur.

On a même imaginé de se servir, comme agent de compression, d'acide carbonique, mais la préparation économique de cet acide exige l'emploi d'acide chlorhydrique concentré, souvent impur, grâce à la présence de chlorure d'arsenic ; il n'y a donc pas lieu d'autoriser cette ingénieuse substitution.

Ces appareils à air comprimé ont quelques inconvénients qu'on a d'ailleurs exagérés et auxquels il est facile de remédier.

En laissant de côté des dangers plus ou moins théoriques, signalons tout de suite les accidents d'intoxication saturnine tenant à l'ingestion de bière qui avait séjourné une nuit durant, au contact de tuyaux contenant du plomb. Des faits d'empoisonnement de ce genre, à la charge de pompes à bière, ont été rapportés, entre autres en Angleterre, par Hewett, et en Belgique, par Stobbaerts.

Si les tuyaux de plomb ou d'alliage plombifère doivent être proscrits, il en est de même des tuyaux de caoutchouc qui, étant difficiles à nettoyer, peuvent communiquer à la bière un mauvais goût et une odeur désagréable, sans compter que le caoutchouc de qualité inférieure contient des oxydes de plomb ou de zinc.

Au moment de la mise en perce du fût, une certaine quantité de bière peut refluer dans le réservoir d'air dont elle va corrompre le contenu.

D'un autre côté, l'air du récipient peut être souillé par les ingrédients servant au graissage du corps de pompe. On trouvera plus bas les diverses dispositions proposées pour assurer la propreté du réservoir d'air comprimé.

Dans les tuyaux eux-mêmes, ne tardent pas à se former des dépôts provenant de la levure morte, des matières résineuses du houblon et de divers sels. En s'y putréfiant, ces différentes substances sont une nouvelle cause de détérioration de la bière, ou même, en s'y accumulant, oblitèrent le calibre des conduits. Il y a donc lieu, autant que possible, de laver chaque jour l'appareil avec de l'eau chaude. Quand les lavages ne sont pas quotidiens, l'eau ne suffit plus pour entraîner les matières adhérentes aux parois des tuyaux et le mieux est alors de recourir à la vapeur sous forte pression.

Bien qu'on n'ait pas observé en Allemagne d'empoisonnement saturnin à la charge des pompes à bière, c'est pourtant dans ce pays que s'est produit le mouvement de réaction contre ces appareils. Le 2 juillet 1878, la municipalité de Wurtzbourg, en Bavière, n'hésitait pas à en interdire complètement l'usage se fondant sur l'impossibilité de contrôler régulièrement leur état de propreté, vu la multiplicité des brasseries et ajoutant, au surplus, qu'ils étaient inutiles pour les consommateurs.

De Bavière, le mouvement se propagea dans la Suisse allemande, en Alsace et en Prusse; enfin, comme nous le verrons, l'administration sanitaire française a reconnu également la nécessité de réglementer l'emploi des pompes à bière.

Le gouvernement bâlois (mais non le conseil fédéral, comme on le répète partout) a mis en vigueur depuis le 1er août 1879, une ordonnance qui a servi de modèle à toutes celles qui ont été prises depuis dans d'autres pays. En voici les dispositions : l'air servant à la pression doit être pris à l'extérieur ou emprunté à des localités bien ventilées et tenues proprement. Le réservoir d'air doit être muni inférieurement d'une ouverture qui en permette le nettoyage. Le tuyau se rendant du réservoir au tonneau de bière sera muni d'une soupape empêchant le reflux de la bière. En fait de tuyaux métalliques, sont seulement admis ceux en étain fin, sans alliage. Tous les tuyaux doivent être maintenus propres, être soumis à de fréquents lavages et, en outre, être l'objet de nettoyages périodiques à l'aide de vapeur ou d'eau de soude.

Le conseil d'hygiène de Strasbourg est contraire à la suppression pure et simple de ces appareils, qui serait fâcheuse non seulement pour les cafetiers, mais aussi pour le public. Pour protéger le réservoir d'air contre un reflux de la bière, il propose d'interposer, entre lui et le fût, un récipient de forme allongée et terminé en bas en entonnoir, de façon à en rendre la vidange et le nettoiement aisés.

Il repousse le lavage des appareils avec les solutions de soude, qui attaquent les soudures; le comité berlinois en autorise, au contraire, l'usage.

Quelques administrateurs de provinces prussiennes ayant réclamé une loi prohibitive, le gouvernement soumit la question au comité consultatif pour les affaires médicales. Dans son rapport, Eulenberg, se prononçant contre la prohibition proposée, demande le maintien des pompes à bière à des conditions, parmi lesquelles nous ne mentionnerons que celles qui diffèrent de l'arrêté bâlois. L'air sera filtré avec de l'ouate; entre la pompe et le réservoir, on disposera un godet pour recevoir les graisses superflues du piston; sur le trajet des conduits à bière, on intercalera un tube de verre pour permettre un contrôle constant de

l'état de propreté des appareils. Les tuyaux, en étain fin, auront un calibre minimum de 10 millimètres. On établira à proximité des robinets du comptoir un manomètre, afin de ne pas dépasser une atmosphère de pression, sinon la bière devient trop mousseuse.

En France, en exécution de la circulaire ministérielle, le préfet de police de Paris a rendu, le 30 avril 1881, une ordonnance sur les appareils à pression pour le débit de la bière. Elle ne se distingue de la bâloise qu'en ce qu'elle ne prescrit pas l'adjonction d'une soupape au tuyau d'air. J. B.

I. — Ueber die Perlsucht der Hausthiere und deren Uebertragung durch die Nahrung (La pommelière des animaux domestiques et sa transmissibilité par l'alimentation), par Rudolf VIRCHOW (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 14, p. 189, et n° 15, p. 207, 5 et 12 avril* 1880).

II. — Ueber das Verhaeltniss von Perlsucht und Tuberculose (Des relations de la pommelière avec la tuberculose), par Paul BAUMGARTEN (*Idem, n° 49, p. 697, et n° 50, p. 713, 6 et 13 décembre* 1880).

III. — De la transmissibilité et de l'action de certains produits morbides, notamment de ceux de la tuberculose et de la stomatite aphteuse, produits dont peuvent être imprégnées les parties alibiles des animaux atteints. Rapport à l'assemblée nationale scientifique d'hygiène et de médecine publique à Bruxelles (août 1880), par HUGUES, et résolution votée (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, IV, p. 265, septembre* 1880, *et Revue d'hygiène et de police sanitaire, II, 797, septembre* 1880).

IV. — De la transmission possible de la pommelière des animaux à l'homme et des mesures de police sanitaire à lui opposer. Congrès international d'hygiène de Turin (1880) par BRUSASCO, BASSI, BIZZOZERO, NOCARD (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, II, p. 912, octobre* 1880 *et Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 3e série, IV, p. 472, novembre* 1880).

I. — Il est remarquable que de tout temps on ait considéré comme infectieuse la pommelière des animaux. Dans les siècles précédents, on la rattachait à la syphilis, sous le nom de *maladie française du gros bétail*. En Allemagne, aux XVIe et XVIIe siècles, le nombre des abattoirs urbains était beaucoup plus grand que maintenant, et la surveillance des autorités sanitaires bien plus rigoureuse. La mise en vente des viandes provenant des bêtes pommelières fut interdite jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, bien que Heim eût alors déjà montré qu'il n'existait aucun rapport entre la syphilis et la pommelière. Graduellement la vente de ces viandes redevint entièrement libre, malgré qu'on inclinât de plus en plus vers la nature tuberculeuse de l'affection.

En 1869, Gerlach jeta le premier un cri d'alarme; par une série d'expérimentations, il pensa avoir fourni la preuve que les animaux nourris avec la viande ou le lait de bêtes pommelières, deviennent tuberculeux. Dès l'année suivante, Klebs provoquait le développement de la pommelière chez des veaux à qui il avait inoculé des produits de la tuberculose humaine; il en concluait donc à l'identité des deux maladies.

Le gouvernement prussien, soucieux du côté sanitaire de la question, a chargé Virchow de rechercher expérimentalement si les tissus et sé-

crétions d'animaux atteints de pommelière peuvent être nuisibles à l'homme, et s'il y a lieu de prendre des mesures de police contre la consommation de leur viande.

Il y a déjà quatre ans que les expériences se poursuivent à l'École vétérinaire de Berlin, et cependant le compte rendu de Virchow est bien plus destiné à faire ressortir les difficultés de tout ordre qui s'opposent à la solution du problème qu'à apporter quelque résultat certain. Il faut convenir d'ailleurs que Virchow doit nécessairement plus qu'un autre, rencontrer d'obstacles dans cette tâche, puisqu'il est davantage frappé des dissemblances anatomiques des tumeurs de la pommelière et des tubercules de l'homme que de leurs analogies.

Les expériences ont été faites sur des lapins, des cobayes, des chats, des veaux, des chèvres, des moutons et des porcs ; sur ces derniers particulièrement. Les principales causes d'erreur que peut rencontrer l'expérimentateur sont : 1° la fréquence, dans l'espèce bovine, de bronchectasies avec rétention de produits caséeux ou calcaires, de péribronchites ou de pneumonies chroniques qui n'ont rien à voir avec la pommelière, bien que pouvant coexister avec elle ; 2° la fréquence de lésions pseudo-tuberculeuses, encore mal connues dans leur nature, chez les animaux mis en expérience, notamment chez les porcs (pseudo-tubercules du foie, d'origine parasitaire ou autre ; difficulté de distinguer les petits abcès métastatiques du rein d'avec les tubercules) ; 3° la difficulté souvent extrême sur l'animal vivant de reconnaître la préexistence pourtant si commune d'engorgements strumeux des ganglions cervicaux et abdominaux ; 4° les erreurs de diagnostic possibles même pour les vétérinaires les plus autorisés. Ainsi Virchow s'est servi, pour une série de ses expériences, d'une vache non atteinte de pommelière, et dont l'état de consomption ne tenait qu'à la destruction du poumon par des kystes d'échinocoques ; parmi les animaux nourris de son lait, quelques-uns ont été trouvés tuberculeux.

Quand l'expérimentateur a triomphé de toutes ces difficultés, il lui reste à apprécier la valeur des résultats obtenus. En effet, d'une part, ainsi que Gerlach et Bollinger l'ont reconnu, les résultats des expériences ne sont pas toujours positifs. D'autre part, les lésions constatées varient de siège, occupant tantôt les ganglions cervicaux, tantôt au contraire les ganglions mésentériques, sans qu'on trouve la raison de ces différences dans les conditions d'expérimentation.

Les conclusions de Virchow, entourées de mille réserves, trahissent trop l'incertitude, l'embarras de l'expérimentateur, sinon même les difficultés du problème, pour que nous ne les reproduisions pas avec quelques détails.

Si, dit-il, de la plus grande fréquence des altérations caséeuses et tuberculeuses chez les animaux en expérience comparativement à ceux servant de contrôle, on veut dès maintenant conclure que ces altérations dépendent vraisemblablement du mode d'alimentation auquel ils ont été soumis, c'est plutôt affaire de tendance individuelle de l'observateur que fondé sur la nature des faits. La possibilité que le hasard ait fortement influencé les résultats, n'est nullement exclue. Si même, comme Virchow est disposé à le faire, on n'accorde aux influences accidentelles aucun rôle prépondérant, il est néanmoins impossible d'évaluer la part qu'elles ont eue aux résultats constatés, pas plus qu'il n'est possible de

savoir s'il s'agit de lésions tenant à une cause spécifique, propre à la pommelière, ou au contraire d'altérations d'ordre plus général, telles que celles dues à l'ingestion de viandes simplement corrompues.

L'alimentation avec le lait a donné à Virchow des résultats encore moins homogènes.

Il ajoute qu'il y aurait peut-être lieu de distinguer à cet égard deux classes de vaches pommelières, dont la plus dangereuse serait celle qui présente des manifestations morbides sur le pis. A l'instigation de Virchow, Kolessnikow a étudié au point de vue anatomique cette localisation non constante de la pommelière, qui, du tissu conjonctif interstitiel, finit par atteindre les parois des galactophores.

En résumé, dans l'état encore incomplet des expériences, voici les mesures de police sanitaire conseillées par le professeur berlinois. La suspicion générale dont les produits de vaches pommelières sont l'objet, suffit pour justifier l'interdiction de la vente de ces bêtes et la saisie préventive de celles qui sont reconnues atteintes de cette maladie, sans qu'il y ait lieu pourtant de prohiber d'une façon absolue la consommation de leur viande.

Chose curieuse, on va voir que mûes non plus par des considérations scientifiques, mais par des raisons de l'ordre économique, les réunions scientifiques de Bruxelles et de Turin ont émis des vœux presque identiques à celui de Virchow.

II. — Réalisées par une autre méthode, imitée de Cohnheim, les expériences de Baumgarten, si les résultats en restent confirmés, sont appelées à faire faire un pas important non pas tant à la question de la nocuité des viandes tuberculeuses, qu'à celles de la spécificité de la pommelière, douteuse pour Virchow, et de son identité avec la tuberculose humaine.

Voici en effet les conclusions que Baumgarten tire de ses expériences, pratiquées toutes au moyen d'inoculations dans la chambre antérieure de l'œil, sur des lapins:

1° L'inoculation de matières provenant des poumons affectés de pommelière, entraîne d'une façon absolument constante le développement d'une tuberculose oculaire suivie d'une généralisation des tubercules dans l'économie;

2° On arrive aux mêmes résultats, quand, au lieu de ces produits originaux, on se sert des granulations tuberculeuses dérivant d'une première inoculation. On peut ainsi propager, durant plusieurs générations, l'affection avec ses caractères invariables;

3° Jamais la tuberculose généralisée ne précède la tuberculose oculaire ni même n'en est contemporaine; elle en est séparée par un intervalle de quatre à six semaines. Si même, on énuclée l'œil tuberculeux, avant l'envahissement des ganglions correspondants, auriculaires, sous-maxillaires ou jugulaires, l'animal inoculé peut rester à l'abri de cette généralisation;

4° L'apparition de ces tuberculoses oculaire et générale n'a lieu qu'après inoculation, soit des matières de la pommelière, soit de celles de la tuberculose de l'homme ou des animaux; on échoue complètement avec toutes les autres substances organiques ou inorganiques, d'où

Baumgarten conclut à l'existence dans la pommelière d'un virus identique à celui de la tuberculose ;

5° Au point de vue anatomo-pathologique, la seule différence importante entre les lésions de la pommelière et celles de la tuberculose n'est pas l'absence de la caséification des premières, car leur dégénération caséeuse est seulement masquée par la calcification précoce et générale des éléments qui subissent la mortification. C'est cette incrustation calcaire qui explique la rareté des états phtisiques (ramollissement, ulcération et formation de cavernes) au sein des masses caséeuses de la pommelière.

III. — Le rapporteur de la commission de la société de médecine publique belge a accumulé dans son travail tous les faits qui tendent à démontrer la transmissibilité de la phtisie par l'inoculation ou l'ingestion des matières tuberculeuses de la viande et du lait cru des animaux tuberculeux ; il conclut à la nécessité d'un service sérieux d'inspection des denrées de provenance animale, inspection devant se faire à la campagne aussi bien que dans les villes. La sécurité serait complète si l'on pouvait d'emblée écarter de la consommation toute bête atteinte de cette affection, mais en raison de la nécessité première des matières alimentaires d'origine animale, en tenant compte aussi de la destruction par une cuisson complète des éléments de la virulence, le rapport demande l'installation de deux étaux séparés, l'un de haute boucherie, l'autre de basse boucherie, ayant chacun une estampille différente. Le public saurait qu'à l'étal de basse boucherie la viande doit être soumise à une cuisson complète.

En ce qui concerne le lait, le rapporteur demande l'institution d'un service de contrôle, et recommande, dans tous les cas, de ne faire usage que de lait bouilli, surtout pour l'alimentation des jeunes enfants.

La réunion a voté les conclusions essentielles de ce rapport.

IV. — Au congrès de Turin, la discussion a été ouverte par un mémoire de *Brusasco*. — Bizzozero, Nocard, Bassi, considérant, d'une part, le petit nombre de faits qui semblent montrer que le jus de la viande crue renferme les éléments virulents et, d'autre part, le danger qui résulterait d'une trop grande diminution des viandes de boucherie, demandent qu'on n'exige la destruction des viandes fournies par les animaux tuberculeux que dans les cas les plus graves, et qu'on répande dans les campagnes des instructions populaires, indiquant la nécessité de faire bouillir le lait et de bien faire cuire la viande de bœuf. L'ordre du jour suivant est approuvé :

« La section d'hygiène vétérinaire, considérant l'identité probable de la tuberculose de l'espèce bovine (pommelière) avec celle de l'homme, et partant la possibilité de la transmission de cette maladie des animaux à l'homme, par l'usage alimentaire non seulement du lait, mais aussi de la viande de vaches ou autres animaux tuberculeux, surtout si le lait et la viande sont consommés sans être bien cuits, engage tous les gouvernements à prendre des mesures très rigoureuses de police sanitaire et à instruire le public de ce danger..... (*R. S. M.*, II, 495 et 639 ; III, 119 et 581 ; V, 666.)

J. B.

Les dépôts de ruches d'abeilles existant sur différents points de la ville de Paris. Rapport du conseil d'hygiène de la Seine au préfet de police, par A. DELPECH (*Annales d'hygiène publique*, 3e *série*, *III*, 289, *avril* 1880).

Il semble étrange, à première vue, qu'on se livre avec succès à l'apiculture dans certains arrondissements de Paris, tels que le 13e, le 19e et le 20e. Sur quelles fleurs les abeilles iraient-elles butiner? Dans ces quartiers industriels, où les usines sont concentrées, se trouvent de nombreuses raffineries de mélasse et de sucre, aux dépens desquelles se nourrissent les mouches à miel, qui dédaignent toujours les matières sucrées de la betterave et préfèrent, parmi les produits de la canne à sucre, ceux qui sont les plus purs.

Si l'on réfléchit que chaque fabricant de miel détient plusieurs centaines de ruches, et que chaque ruche contient en moyenne 40,000 abeilles ouvrières, on est forcé de convenir que le préjudice matériel n'est pas moindre. Mais ce n'est là encore qu'une faible partie des maux infligés par les industriels apicoles à leurs voisins. Les raffineurs sont obligés d'organiser, à leurs frais, tout un système de défense et de protection : huilage incessant des vitres des ateliers, cages à mouches, secours aux ouvriers piqués. Enfin, malgré toutes ces précautions, les ateliers trop envahis par les abeilles sont désertés.

Les propriétaires du voisinage ont de la peine à louer leurs immeubles, parce que les locataires sont obligés de s'enfermer chez eux. La fréquentation des écoles adjacentes est grosse d'inconvénients, sinon même de dangers pour les enfants. Enfin, les abeilles, en harcelant de leurs piqûres les chiens, chevaux ou bœufs, rendent furieux ces animaux et causent ainsi des accidents.

Les piqûres des abeilles donnent lieu à des phénomènes morbides qui peuvent même entraîner la mort. Dans les cas les plus bénins, tout se borne à une douleur excessivement intense, à un œdème qui n'est jamais aussi marqué qu'à la tête, et à une éruption ortiée ou ecchymotique. Dans les cas plus sérieux, on voit survenir immédiatement un état syncopal avec anxiété épigastrique, dyspnée, nausées, refroidissement des extrémités, sueurs visqueuses et froides, picotement universel des téguments et tympanite abdominale.

Ces symptômes se terminent rapidement d'une façon heureuse ou, au contraire, fatale. La mort se produit dans deux circonstances : elle arrive en une demi-heure au plus tard quand elle est le résultat de l'absorption du venin par l'économie. Elle est naturellement moins prompte quand elle est déterminée par un œdème des premières voies respiratoires, consécutif à une piqûre de la gorge. Delpech a réuni, dans la littérature, une quinzaine de faits où les piqûres furent mortelles. Dans la seule autopsie pratiquée, on n'a signalé qu'une congestion encéphalique; 5 chevaux d'un même propriétaire ont succombé dans un laps variable d'une heure et demie à quatre heures et demie, après des piqûres multiples.

Or, aucun règlement de police ne concerne la présence des ruches dans l'enceinte des villes. Pour remédier à ce fâcheux état de choses, le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, adoptant les con-

Baum
tique
5°
tan'
pa'
sé
d
c

clusions du rapport de Delpech, a décidé, dans sa séance du 20 février 1880, d'inviter le préfet de police à provoquer l'inscription des dépôts de rouches parmi les établissements dangereux et incommodes de première classe.

On lira avec intérêt, dans l'original, le dossier de l'enquête de *incommodo* et l'on trouvera, dans un appendice, tous les faits d'accidents que le rapporteur a rencontrés dans les différents recueils médicaux. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

DIPHTÉRIE.

I. — **Membranous Croup and Diphteria (Croup membraneux et diphtérie). Discussion à la Société royale médico-chirurgicale de Londres** (*The Lancet*, 19 *et* 26 *avril*, 3, 17 *et* 24 *mai* 1879, *pages* 556, 593, 628, 701 *et* 735).

II. — **Observations on outbreaks of diphteria in rural districts (Observations sur l'éclosion de petites épidémies locales de diphtérie dans les districts ruraux) par William OGLE** (*Saint-Georges hosp. Rep.*, *t. IX*, *p.* 701, 1877-1878).

III. — **Die catarrhalische Diphterie in ihren Beziehungen zu den schweren Formen der Diphterie (La diphtérie catarrhale dans ses rapports avec les formes graves de la diphtérie), par J. MARX** (*Deutsch. Archiv für klin. Medicin.*, *Bd XXVII*, *Heft* 1 *et* 2, 1880).

IV. — **Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphtéritique et dans la scarlatine, par L. ARÈNE** (*Thèse de Paris*, 1881).

V. — **Essai sur la paralysie diphtéritique du nerf pneumogastrique, par L.-E. GULAT** (*Thèse de Paris*, 1881).

VI. — **A rare form of diphteritic paralysis, par DAHLERUP** (*Ugeskrift for Läger*, 3e *série*, *Band XXVI*, *anal. in Brit. med. Journ.*, 27 *sept.* 1879).

VII. — **Ueber Croup und Diphteritis, par WEIGERT** (*Arch. f. path. Anat.*, *t. LXXII* 1878).

VIII. — **Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau, par H. LELOIR** (*Arch. de physiologie*, *mai-juin* 1880).

IX. — **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphtérie du pharynx et des voies respiratoires, par R. THOMAS** (*Thèse de Paris*, 1881).

X. — **Compte rendu de 108 autopsies de diphtérie faites dans le service d'isolement de Sainte-Eugénie, par Ch. TALAMON** (*Bulletin de la Société anatomique*, *février* 1879).

XI. — **Note sur les lésions du rein dans l'albuminurie diphtéritique, par A. BRAULT** (*Journal de l'anatomie et de la physiologie, novembre* 1880).

XII. — **Note sur la néphrite infectieuse diphtéritique et sur la pathogénie de l'albuminurie dans la diphtérie, par E. GAUCHER** (*Gaz. méd. de Paris, n°* 8, 1881. — *Soc. de biologie*, 22 *janvier*).

XIII. — **On Diphteria, from a preventive medicine point of view, par W.-N. THURSFIELD** (*The Lancet, pages* 145, 179 *et* 210, 3, 10 *et* 17 *août* 1879).

XIV. — **Restriction and prevention of Diphteria (Prophylaxie de la diphtérie** (*Document publié par le Conseil sanitaire de l'Etat de Michigan*).

XV. — **Traitement de la diphtérie par la pilocarpine, par Georg GUTTMANN** (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 40, *p.* 569, 4 *octobre* 1880).

XVI. — **Das Pilocarpin bei Scharlach und Diphteritis (La pilocarpine dans le traitement de la scarlatine et de la diphtérie), par DEMME** (*Jahrb. für Kinderheilk., Band XVI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 337, 1881).

XVII. — **Traitement de la diphtérie par le chlorhydrate de pilocarpine, par E. LAX** (*Aertz. Int. Blatt., n°* 43, 1880 *et Allg. med. Cent. Zeit.*, 1880).

XVIII. — **On pilocarpine muriate in Diphteria, par H.-F. WILLIAMS** (*Proceedings of the med. Soc. of the county of Kings, août* 1881).

XIX. — **Diphtérie maligne. Injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine. Guérison, par LEREBOULLET** (*Union médicale*, 5 *juillet* 1881. — *Soc. méd. des hôpitaux*).

XX. — **Croup, angine diphtéritique. Administration de la pilocarpine. Guérison, par P. CASSIN** (*Lyon médical*, 5 *juin* 1881).

XXI. — **Zur Pilocarpinbehandlung der Diphteritis, par SCHMID** (*Wiener med. Presse, n°* 15, 1881).

XXII. — **Pilocarpin und Diphteritis, par NEUMEISTER** (*Deutsche med. Wochenschrift, n°* 8, 1881).

XXIII. — **Zur Pilocarpinbehandlung der Diphteritis, par ALFÖLDI** (*Wiener med. Presse, n°* 13, 1881).

XXIV. — **Emploi de la pilocarpine, par ARCHAMBAULT** (*Cit. in Rapport sur les maladies régnantes, par E. Besnier, Union médicale*, 17 *novembre* 1881).

XXV. — **Ein Beitrag zur antisept. Behandl. der Diphterie, par WEISE** (*Berl. klin. Woch., n°* 4, 1881).

XXVI. — **Ueber die Wirkungen des Pilocarpin bei Diphteritis, par DEHIO** (*Saint-Petersburger med. Woch., n°s* 19 *et* 20, 1881).

XXVII. — **La pilocarpina nella difteria, par LEPIDI CHIOTI** (*Morgagni, n°* 3, 1881).

XXVIII. — **Action de la pilocarpine dans le croup après la trachéotomie, par LEMOYNE** (*Journ. de méd. et chir. pratiques, n°* 10, 1881).

XXIX. — **La pilocarpina nella difteria, par MASINI** (*Imparziale, n°* 14, 1881).

XXX. — **Contributo alla cura medica del croupo, par GUAITA** (*Lo Sperimentale, n°* 9, 1881).

XXXI. — **De l'emploi de la pilocarpine dans la diphtérie, par ZUBER** (*Gaz. hebdomadaire, n°* 37, 1881).

clusions du rapport de Delpech, a décidé, dans sa séance du 20 février 1880, d'inviter le préfet de police à provoquer l'inscription des dépôts de ruches parmi les établissements dangereux et incommodes de première classe.

On lira avec intérêt, dans l'original, le dossier de l'enquête de *incommodo* et l'on trouvera, dans un appendice, tous les faits d'accidents que le rapporteur a rencontrés dans les différents recueils médicaux. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

DIPHTÉRIE.

I. — **Membranous Croup and Diphteria (Croup membraneux et diphtérie). Discussion à la Société royale médico-chirurgicale de Londres** (*The Lancet*, 19 *et* 26 *avril*, 3, 17 *et* 24 *mai* 1879, *pages* 556, 593, 628, 701 *et* 735).

II. — **Observations on outbreaks of diphteria in rural districts (Observations sur l'éclosion de petites épidémies locales de diphtérie dans les districts ruraux) par William OGLE** (*Saint-Georges hosp. Rep.*, *t. IX*, *p.* 701, 1877-1878).

III. — **Die catarrhalische Diphterie in ihren Beziehungen zu den schweren Formen der Diphterie (La diphtérie catarrhale dans ses rapports avec les formes graves de la diphtérie), par J. MARX** (*Deutsch. Archiv für klin. Medicin.*, *Bd XXVII*, *Heft* 1 *et* 2, 1880).

IV. — **Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphtéritique et dans la scarlatine, par L. ARÈNE** (*Thèse de Paris*, 1881).

V. — **Essai sur la paralysie diphtéritique du nerf pneumogastrique, par L.-E. GULAT** (*Thèse de Paris*, 1881).

VI. — **A rare form of diphteritic paralysis, par DAHLERUP** (*Ugeskrift for Läger*, 3e *série*, *Band XXVI*, *anal. in Brit. med. Journ.*, 27 *sept.* 1879).

VII. — **Ueber Croup und Diphteritis, par WEIGERT** (*Arch. f. path. Anat.*, *t. LXXII* 1878).

VIII. — **Contribution à l'étude de la structure et du développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau, par H. LELOIR** (*Arch. de physiologie*, *mai-juin* 1880).

IX. — **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphtérie du pharynx et des voies respiratoires, par R. THOMAS** (*Thèse de Paris*, 1881).

X. — **Compte rendu de 108 autopsies de diphtérie faites dans le service d'isolement de Sainte-Eugénie, par Ch. TALAMON** (*Bulletin de la Société anatomique*, *février* 1879).

XI. — **Note sur les lésions du rein dans l'albuminurie diphtéritique, par A. BRAULT** (*Journal de l'anatomie et de la physiologie, novembre* 1880).

XII. — **Note sur la néphrite infectieuse diphtéritique et sur la pathogénie de l'albuminurie dans la diphtérie, par E. GAUCHER** (*Gaz. méd. de Paris, n°* 8, 1881. — *Soc. de biologie, 22 janvier*).

XIII. — **On Diphteria, from a preventive medicine point of view, par W.-N. THURSFIELD** (*The Lancet, pages* 145, 179 *et* 210, 3, 10 *et* 17 *août* 1879).

XIV. — **Restriction and prevention of Diphteria (Prophylaxie de la diphtérie** (*Document publié par le Conseil sanitaire de l'Etat de Michigan*).

XV. — **Traitement de la diphtérie par la pilocarpine, par Georg GUTTMANN** (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 40, *p.* 569, 4 *octobre* 1880).

XVI. — **Das Pilocarpin bei Scharlach und Diphteritis (La pilocarpine dans le traitement de la scarlatine et de la diphtérie), par DEMME** (*Jahrb. für Kinderheilk., Band XVI, Heft* 3 *et* 4, *p.* 337, 1881).

XVII. — **Traitement de la diphtérie par le chlorhydrate de pilocarpine, par E. LAX** (*Aertz. Int. Blatt., n°* 43, 1880 *et Allg. med. Cent. Zeit.*, 1880).

XVIII. — **On pilocarpine muriate in Diphteria, par H.-F. WILLIAMS** (*Proceedings of the med. Soc. of the county of Kings, août* 1881).

XIX. — **Diphtérie maligne. Injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine. Guérison, par LEREBOULLET** (*Union médicale*, 5 *juillet* 1881. — *Soc. méd. des hôpitaux*).

XX. — **Croup, angine diphtéritique. Administration de la pilocarpine. Guérison, par P. CASSIN** (*Lyon médical*, 5 *juin* 1881).

XXI. — **Zur Pilocarpinbehandlung der Diphteritis, par SCHMID** (*Wiener med. Presse, n°* 15, 1881).

XXII. — **Pilocarpin und Diphteritis, par NEUMEISTER** (*Deutsche med. Wochenschrift, n°* 8, 1881).

XXIII. — **Zur Pilocarpinbehandlung der Diphteritis, par ALFÖLDI** (*Wiener med. Presse, n°* 13, 1881).

XXIV. — **Emploi de la pilocarpine, par ARCHAMBAULT** (*Cit. in Rapport sur les maladies régnantes, par E. Besnier, Union médicale*, 17 *novembre* 1881).

XXV. — **Ein Beitrag zur antisept. Behandl. der Diphterie, par WEISE** (*Berl. klin. Woch., n°* 4, 1881).

XXVI. — **Ueber die Wirkungen des Pilocarpin bei Diphteritis, par DEHIO** (*Saint-Petersburger med. Woch., n°s* 19 *et* 20, 1881).

XXVII. — **La pilocarpina nella difteria, par LEPIDI CHIOTI** (*Morgagni, n°* 3, 1881).

XXVIII. — **Action de la pilocarpine dans le croup après la trachéotomie, par LEMOYNE** (*Journ. de méd. et chir. pratiques, n°* 10, 1881).

XXIX. — **La pilocarpina nella difteria, par MASINI** (*Imparziale, n°* 14, 1881).

XXX. — **Contributo alla cura medica del croupo, par GUAITA** (*Lo Sperimentale, n°* 9, 1881).

XXXI. — **De l'emploi de la pilocarpine dans la diphtérie, par ZUBER** (*Gaz. hebdomadaire, n°* 37, 1881).

XXXII. — Traitement de la diphtérie par la pilocarpine, par PIGOT (*Revue méd. de la Suisse romande*, 15 *nov.* 1881).

XXXIII. — Treatment of Diphteria by carbolic acid and iodoform, par J.-N. GARNETT (*The American Journ. of med. sc., avril* 1879).

XXXIV. — On the treatment of pharyngeal diphteria, par ŒRTEL (*Archiv of laryngology*, 1er *janvier* 1881).

XXXV. — De la diphtérite et de son traitement, par COUSOT (*Bull. de l'Acad. de médecine belge*, 3e *série*, *t. XV*, *n*° 5).

XXXVI. — Méthode phéniquée, traitement et guérison du croup et de l'angine couenneuse, par BERNIER DE BOURNONVILLE (*Société de thérapeutique*, *nov.* 1880. — *Paris* 1881).

XXXVII. — Traitement local de l'angine diphtéritique, par les injections directes de coaltar saponiné, par J. LEMOINE (*Thèse de Paris*, 1879).

XXXVIII. — Lettre sur le traitement de l'angine couenneuse par la glace, par BLEYNIE (*Limoges*, 1881).

XXXIX. — Traitement dosimétrique de la diphtérie par le sulfure de calcium, par P-A. FONTAINE (de Bar-sur-Seine) (*Paris*, 1881).

XL. — Du traitement de la diphtérite par les applications locales de bromure de potassium pur, par H. PEYRAUD (de Libourne) (*Paris*, 1880).

XLI. — L'emploi du bromure de potassium contre la diphtérie, par M. CADET DE GASSICOURT (*Bulletin général de thérapeutique*, *p.* 161, *août* 1880).

I. — Le rapport d'une commission chargée d'étudier les relations qui unissent le croup membraneux à la diphtérie, a provoqué, à la Société médico-chirurgicale de Londres, une longue discussion. La commission définit le mot *croup* « un terme clinique désignant une obstruction laryngée qui survient chez les enfants avec des symptômes fébriles, s'accompagne, ou non, de production membraneuse, et dont la nature est, ou non, diphtéritique ». Pour le mot *diphtérie*, la commission le regarde comme définissant anatomiquement une maladie zymotique susceptible d'être, ou non, accompagnée de croup. L'objet des commissaires a été surtout de déterminer et de peser les arguments favorables soit à la parenté, soit à la séparation du croup et de la diphtérie; mais le rapport examine, en outre, beaucoup de points fort importants, bien que secondaires, tantôt relatifs à l'étiologie (par exemple, la fréquence de l'une ou de l'autre de ces maladies dans les districts ruraux), tantôt concernant les phénomènes consécutifs.

Sans entrer dans un examen critique du sujet, et tout en en reconnaissant, d'ailleurs, les difficultés, il nous sera permis de noter les hésitations des médecins anglais à propos de diverses questions qui nous paraissent aujourd'hui tranchées (distinction radicale du croup membraneux et du prétendu croup non membraneux, nature diphtérique du croup contagieux, etc.). Faut-il attribuer l'extrême réserve ou les affirmations singulières de certains médecins d'Outre-Manche, à ce que les choses ne se passeraient pas tout à fait chez eux comme chez nous, ainsi que Squire, Barclay et Fagge l'ont avancé plus explicitement au cours du débat?

P. G.

II. — Les points principaux mis en relief dans le mémoire de W. Ogle sont les suivants :

1. L'auteur pense que dans un grand nombre de cas de diphtérie, il n'existe pas de fausses membranes. Voici les faits sur lesquels il base son opinion. Quand un cas bien avéré de diphtérie pseudo-membraneuse s'est déclaré dans une habitation rurale isolée, on voit d'ordinaire plusieurs personnes de la ferme tomber malades à leur tour, les unes avec une angine franchement diphtérique, les autres avec une simple angine pultacée érosive, quelques-unes même sans autre lésion qu'un gonflement des tonsilles. Ces cas, d'apparence si inoffensive, n'ont aucune conséquence fâcheuse pour ceux qui en sont atteints, mais sont susceptibles de se transmettre par contagion, et sous une forme plus sévère, aux personnes du voisinage. C'est donc un mode de propagation des épidémies locales qui ne doit pas être négligé ; c'est l'histoire de l'embarras gastrique, simple en apparence, qui devient le point de départ d'un foyer de fièvre typhoïde.

2. La contagion de la diphtérie semble indiscutable à W. Ogle. Lorsqu'une épidémie éclate dans une ferme, on pourrait supposer que c'est parce que tous les gens de la ferme ont été exposés à des conditions atmosphériques communes. Mais cette explication n'est pas admissible quand on voit la maladie se déclarer à la suite de la venue d'un malade isolé, et se propager auprès des seules personnes qui ont approché ce malade.

Voici un exemple de cette transmission. Dans un village se trouvaient deux écoles : les enfants de l'une de ces écoles vinrent à contracter la diphtérie, tandis que ceux de l'autre restèrent indemnes, et cela, bien que les maisons du village ne fussent nullement isolées. L'épidémie fut exclusivement confinée aux maisons dont les enfants se rendaient à l'école infectée. Or, ces enfants, ayant contracté le germe de leur maladie à l'école, la propagèrent dans leurs demeures respectives qui furent presque toutes décimées.

3. Les écoles sont des agents de dissémination puissants du mal. Ogle rapporte le fait suivant : dans un chef-lieu de canton, les enfants fréquentaient quatre écoles, 30 allaient à l'une d'entre elles, et 105 formaient la population des trois autres. Dans 17 maisons attaquées, le premier cas de diphtérie porta sur un enfant de l'école, et 16 d'entre eux étaient précisément des enfants qui appartenaient à la première école (celle qui recevait 30 écoliers). Le dix-septième cas resta douteux. Sur 5 épidémies auxquelles assista l'auteur, l'école fut toujours le point de départ du foyer épidémique.

L'agent virulent de la diphtérie paraît se fixer dans les bâtiments d'habitation et y persister longtemps. Une épidémie se déclara dans un groupe scolaire où les enfants occupaient des bâtiments séparés : l'un de ces bâtiments seulement fut infecté, bien que les enfants continuassent à être mêlés dans les cours, pendant les récréations, ceux-là seuls furent frappés de la diphtérie, qui habitaient le bâtiment contaminé ; les autres n'eurent aucune atteinte.

Ce que nous venons de dire des écoles s'applique également aux églises et aux chapelles, qui paraissent être quelquefois le foyer du contage diphtérique à la campagne. Dans un district écarté, l'auteur vit

la diphtérie apparaître simultanément, pendant l'hiver, dans des fermes isolées, dont les habitants ne se connaissaient point et n'avaient que peu de communication entre eux. Il n'y avait aucune épizootie régnante, pas de contage possible au moyen du lait, des eaux potables, des vidanges, etc. Une femme mit sur la trace de la cause de cette épidémie, en racontant qu'aucun de ses enfants n'avait mis le pied hors de la maison, à cause de la neige, depuis une quinzaine de jours, sauf une fois, pour aller à la chapelle. Renseignements pris, d'autres enfants qui s'y étaient rendus également ce jour-là, avaient contracté la diphtérie.

4. Le contage diphtérique adhère longtemps aux personnes qui en ont été infectées, et persiste bien après leur guérison. En voici la preuve : en 1877, deux enfants contractent la diphtérie en pleine campagne, dans des maisons isolées, on les met en quarantaine de l'école, et pendant six semaines aucun cas ne se développe; après un mois, on permet à ces deux enfants, parfaitement guéris, de revenir à l'école; au bout d'une semaine, 9 cas de diphtérie éclatent sur divers points isolés, dans des fermes qui toutes envoyaient un enfant à l'école en question. Ainsi, une durée de quatre semaines ne suffit pas à faire disparaître le germe du contage. L'auteur cite un second fait analogue, où l'isolement pendant dix semaines ne supprima pas la contagion.

5. Relativement à la période d'incubation de la diphtérie, les observations concluantes sont rares; en voici pourtant trois probantes :

Une jeune femme et son enfant étaient atteints de la diphtérie. La mère de la femme vient la voir une seule fois, le 30 décembre, dans l'après-midi, et reste avec sa fille pendant deux heures. Quatre jours après, le 3 janvier, elle est prise à son tour.

Un homme de 23 ans fait une visite, le 25 novembre, à un de ses amis qui avait ses quatre enfants malades. Cinq jours après, le 30, il contracte la diphtérie.

Dans une ferme isolée, située à une grande distance d'un village où régnait la diphtérie, se trouvaient deux enfants qui, atteints de bronchite, gardaient la chambre depuis trois semaines. Un dimanche, le grand-père emmène l'un des enfants à l'église, puis dans deux maisons de la ville; le mardi, l'enfant est pris de la diphtérie, au bout de deux jours.

Dans des familles où un premier cas de diphtérie est suivi de plusieurs autres, sept fois l'auteur a pu noter exactement la durée de l'incubation, qui varie de un à six jours. Une seule fois l'auteur l'a vue de onze jours.

Enfin, il semble que parfois le contage diphtérique puisse exister d'une façon latente et n'apparaître que tardivement. Une épidémie de diphtérie se montre dans une école de village, et force à fermer l'école. Parmi les enfants qui la fréquentaient était une petite fille atteinte d'un léger mal de gorge. On surveille cette angine, qui ne présente aucune malignité apparente : pendant plus d'un mois, l'enfant est soignée assidument, et gardée strictement à la chambre. Tout d'un coup, sans contact suspect, sans cause occasionnelle, des phénomènes aigus apparaissent et la diphtérie éclate.

6. Une première atteinte de diphtérie ne préserve pas d'atteintes ultérieures. L'auteur cite l'exemple d'un enfant qui en eut deux dans l'espace d'un mois; pourtant il est rare que la récidive soit observée.

7. L'âge où la diphtérie sévit le plus à la campagne est la période qui s'étend de la 3e à la 12e année. L'auteur appuie cette opinion sur une statistique de 326 cas.

Quant aux chances de contracter la maladie d'une personne qui en est atteinte, elles sont fort variables. Sur 468 personnes exposées à la contagion, l'auteur a vu 182 fois celles-ci survenir, soit 38,8 0/0 : mais si on tient compte de l'âge, on voit qu'au dessous de 20 ans, les chances de contagion sont de 50 0/0 ; au-dessus de 20 ans, de 14 0/0. Les petites filles paraissent plus susceptibles que les garçons (48 0/0 — 29 0/0).

L'auteur termine ce très intéressant mémoire en signalant quelques cas où le poison diphtérique paraît dû à la corruption du sol et à l'accumulation de matières organiques en décomposition : mais il émet cette opinion avec beaucoup de réserve. H. RENDU.

III. — J. Marx, tout en admettant la division adoptée en Allemagne, de la diphtérie en formes : catarrhale, croupale, diphtéritique, gangreneuse, en arrive en réalité à confondre dans une seule et même affection deux maladies essentiellement différentes, l'angine couenneuse commune et l'angine diphtéritique.

Par diphtérie catarrhale, les auteurs allemands entendent une affection apyrétique ou accompagnée d'un léger mouvement fébrile, avec anorexie, prostration, cephalalgie, sécheresse de la gorge, gêne de la déglutition. Les ganglions du cou sont légèrement tuméfiés ainsi que les amygdales qui se recouvrent bientôt de petits dépôts grisâtres, augmentant d'étendue et pouvant former des lamelles ou des plaques qui n'atteignent jamais l'épaisseur des fausses membranes.

Ces dépôts pseudo-membraneux n'adhèrent que très faiblement à la muqueuse sous-jacente qui apparaît intacte lorsque ces plaques pultacées viennent à disparaître.

En un mot, cette prétendue diphtérie catarrhale ressemble beaucoup plus à l'angine pultacée ou herpétique qu'à l'angine diphtéritique.

F. LABADIE-LAGRAVE.

IV. — A. Les lésions anatomiques des adénites et des adéno-phlegmons cervicaux dans l'angine diphtéritique n'ont rien de spécifique.

La présence des microbes dans le tissu ganglionnaire ne prendra de valeur réelle, à ce point de vue, que quand on aura démontré la spécificité de ces organismes. Tous les degrés de l'inflammation s'observent dans les ganglions et dans le tissu cellulaire qui les entoure, sans atteindre cependant aux désordres effroyables de quelques cas de scarlatine pernicieuse. Le tissu cellulaire participe à l'inflammation surtout dans les angines toxiques. Dans les cas les plus graves, la marche est quelquefois si rapide que l'inflammation s'arrête à la période d'infiltration séreuse ou séro-sanguinolente; quand le pus se forme, il est plus souvent infiltré que réuni en foyer.

La violence et l'étendue des phénomènes inflammatoires et la gravité des accidents généraux ont certainement des rapports avec l'infection générale et les accidents locaux, mais cette corrélation n'a rien d'absolu. La suppuration peut se produire, soit dans le cours de l'affection, quand l'angine et l'exsudat sont en pleine évolution, dans les formes toxiques, soit au moment de la guérison, dans des cas moins graves. Les bubons diphtéritiques semblent se produire par séries, dans l'intervalle desquelles

on cesse d'observer la suppuration ganglionnaire. Ils se montrent surtout dans les cas où la diphtérie envahit les fosses nasales, les gencives, les lèvres. Ils sont aussi plus communs et plus graves quand la diphtérie vient se joindre à quelque autre maladie antécédente. C'est dans ces circonstances, et surtout lorsque la diphtérie succède à la scarlatine, que les bubons prennent ce caractère malin et que le tissu cellulaire est envahi plus encore que les ganglions eux-mêmes.

Le traitement est surtout palliatif. On doit autant que possible favoriser la résolution. Les cautérisations de la gorge, les saignées locales, les vésicatoires n'ont pas une influence aussi favorable que l'ont pensé quelques médecins. En règle générale, on ne doit pas faire l'incision prématurément.

B. Les propositions qui précèdent s'appliquent, d'une manière générale, aux adénites et aux adéno-phlegmons cervicaux de la scarlatine.

L'infiltration purulente ou la suppuration en foyer sont plus fréquentes et la gangrène, qu'on n'observe pas dans la diphtérie, n'est pas absolument rare. Tous les organes de la région peuvent être disséqués par la suppuration, les parois des gros vaisseaux peuvent être ulcérées et perforées.

Il y a en général, mais non pas constamment, un rapport entre les symptômes généraux, l'intensité de l'angine scarlatineuse et l'engorgement ganglionnaire ou phlegmoneux. Les bubons apparaissent, soit à l'invasion, soit pendant et surtout au déclin de la période d'éruption, soit enfin dans la convalescence. Ils se terminent par résolution, par suppuration ou par gangrène ; dans ces deux dernières circonstances, des hémorragies foudroyantes peuvent être la conséquence de l'ulcération de la carotide externe ou de la jugulaire interne.

La caractéristique du bubon malin c'est l'envahissement du tissu cellulaire ; tant que les ganglions sont seuls pris, le danger n'est pas très grand ; l'empâtement dur et diffus de la région, qu'il se produise d'emblée ou tardivement, est du plus fâcheux augure. G. HOMOLLE.

V. — L.-E. Gulat attribue à la paralysie du pneumogastrique et à des lésions (non encore reconnues) des branches terminales de ce nerf, les accidents cardio-pulmonaires et la mort subite ou rapide, que l'on observe parfois pendant la durée ou dans la convalescence de la paralysie diphtéritique, et que l'on a rapportés à la thrombose cardiaque, à la paralysie du cœur où à la paralysie bulbaire. Cette dernière hypothèse ne s'accorde pas avec l'absence des signes de paralysie des nerfs bulbaires autres que le pneumogastrique.

Les symptômes cardio-pulmonaires sont : un état syncopal, le ralentissement d'abord, puis l'accélération et la petitesse du pouls, la dyspnée et l'irrégularité des mouvements respiratoires. Il s'y ajoute d'habitude des douleurs abdominales et des vomissements alimentaires. Ces accidents s'observent presque toujours à la suite de la paralysie du voile du palais.

Ils sont susceptibles de guérison, mais seulement alors qu'il n'y a que du ralentissement du pouls ; dès que les battements du cœur sont irréguliers et très fréquents et que la dyspnée est intense, tout espoir est perdu.

Les symptômes cardiaques et pulmonaires sont le plus souvent associés, on observe très rarement les uns sans les autres.

La durée des accidents ne dépasse guère 48 heures en général. Toutefois, dans un des cas observés par l'auteur, la dyspnée (sans albuminurie) l'accélération et la petitesse du pouls persistèrent pendant 15 jours, jusqu'à la mort.

Le seul traitement efficace est la faradisation méthodique et prolongée de la région précordiale (l'auteur ne cite pas de fait probant).

G. HOMOLLE.

VI. —Le malade de Dahlerup eut de la dyspnée qui devint de plus en plus intense, au bout de 14 jours. On observa de la cyanose, de l'œdème de la face et des jambes. Les bruits du cœur étaient faibles, le pouls très petit. L'urine contenait une grande quantité d'albumine. Sous l'influence de la digitale, il y eut un peu d'amélioration pendant quelques jours. Mais le malade ne tarda pas à succomber dans le collapsus, succédant à une dyspnée extrême, et dans un état d'infiltration générale avec œdème pulmonaire. A. GOUGUENHEIM.

VII. —Le travail de Weigert comprend deux parties: l'une expérimentale (production de fausses membranes sur la muqueuse laryngo-trachéale des animaux au moyen de l'ammoniaque), l'autre anatomo-pathologique (étude des fausses membranes de la diphtérie chez l'homme).

Se fondant sur ses recherches histologiques, l'auteur admet l'identité de structure des fausses membranes expérimentales et de celles de la diphtérie vraie.

Il distingue, au point de vue anatomo-pathologique trois espèces de fausses membranes, trois formes dans le processus : le croup, la pseudo-diphtérie, la diphtérie.

Quelle que soit la forme du processus auquel on ait affaire, celui-ci est toujours nécrobiotique; les altérations de la muqueuse sont de nature nécrobiotique et cela dès le début. Cette nécrose provient ou de l'envahissement de l'épithélium de la muqueuse et de sa compression par une extravasation trop abondante de globules blancs; ou plutôt de l'action directe de l'agent septique sur l'épithélium.

Quoi qu'il en soit, ce qui caractérise pour l'auteur le processus qui préside à la formation de la fausse membrane, c'est la nécrose (coagulations-necrose) des cellules épithéliales et des globules blancs qui les ont dissociées.

Les cellules épithéliales se transforment ainsi en masses (Schollen) dépourvues de noyaux.

Entre les cellules épithéliales nécrosées, se fait une extravasation considérable de globules blancs qui subissent à leur tour une véritable mortification. Pour que l'exsudation se produise, il faut que l'épithélium soit tué, nécrosé.

Dans le croup, l'épithélium seul serait mortifié. Dans la diphtérie, outre la mortification de l'épithélium, il existe aussi une mortification du derme dont les parties constituantes subissent également une sorte de nécrose spéciale qui les transforme en des masses analogues de la fibrine coagulée.

La pseudo-diphtérie se distinguerait du croup par une exsudation beaucoup plus considérable. Mais dans les deux cas, l'épithélium serait seul nécrosé.

Weigert rattache les modifications nécrobiotiques de l'épiderme et du derme dans le croup et la diphtérie, ou groupe des coagulations-necrosen de Cohnheim.

Il propose la classification suivante de ces nécroses :

A. Coagulations-necrosen des globules blancs : 1° transformations fibrineuses ordinaires ; 2° formation des thrombus blancs ; 3° exsudats fibrineux des séreuses ; 4° croup ; 5° pseudo-diphtérie.

B. Coagulations-necrosen des tissus : 1° de l'épithélium seul (altérations de l'épithélium dans le croup expérimental, dans la néphrite expérimentale) ; 2° du tissu conjonctif superficiel au niveau des muqueuses et des plaies (diphtérie, etc.) ; 3° des tissus profonds (infarctus, dégénérescence cireuse des muscles).

Weigert a recherché les micrococcus dans les fausses membranes, mais il reconnait ne pas en avoir rencontré dans tous les cas de diphtérie vraie qu'il a examinés. H. LELOIR.

VIII. — Le travail de Leloir est fondé sur un grand nombre d'examens de fausses membranes d'angines diphthériques recueillies à l'hôpital Sainte-Eugénie, et d'angines pseudo-membraneuses produites expérimentalement chez les animaux en irritant leur muqueuse pharyngée au moyen de l'ammoniaque, etc. ; l'auteur y étudie la structure et le développement des fausses membranes sur les épithéliums pavimenteux stratifiés.

Il résume de la façon suivante l'évolution de la fausse membrane diphthéritique :

1° Rougeur. Il se forme dans les cellules épithéliales un espace clair autour du noyau. En même temps les cellules des couches profondes augmentent de volume et prolifèrent.

2° Plaque opaline. L'espace clair périnucléaire a notablement augmenté, il refoule le protoplasma qui prend un aspect fibrillaire. Dès ce moment, les différentes cellules épithéliales adhérentes les unes aux autres, constituent un réticulum dont chaque maille correspond à une cellule épithéliale ayant subi la dégénérescence cavitaire et renferme des globules de pus et parfois de la fibrine à l'état filamenteux. L'on voit donc que, tout à fait au début, la fausse membrane provient d'une altération épithéliale spéciale qui diffère complètement, comme le fait remarquer l'auteur, de l'altération dite diphtéritique décrite par Wagner. — Le processus peut s'arrêter là, un épithélium nouveau se reforme et tout rentre dans l'ordre. C'est l'angine catarrhale de Trousseau.

3° Plaque blanche ou grisâtre. Mais si le mal doit s'aggraver, le réticulum épithélial ne tarde pas à se détruire et à se dissocier (cette évolution se fait parfois avec une rapidité extrême). Il est envahi par les liquides (exsudat fibrineux) et le pus venus du derme, qui rompent et désagrègent ses mailles, et viennent constituer à la surface du réticulum épithélial désagrégé et rempli lui-même de fibrine et de pus, une couche fibrino-muco-purulente. L'on a affaire alors à l'angine pseudo-membraneuse de Trousseau.

4° Fausse membrane gris jaunâtre. Le réticulum épithélial de plus en plus désagrégé, n'existe plus, quand il existe encore, que dans les parties profondes de la fausse membrane. Celle-ci est presque uniquement constituée par un exsudat fibrino-purulent renfermant du mucus, des débris de réticulum épithélial ancien, des cellules épithéliales granulo-graisseuses, et parfois des globules rouges altérés et des parasites.

5° Fausse membrane jaune, pulpeuse. Tantôt, par suite de la dégénérescence granulo-graisseuse de ses éléments, la fausse membrane se

désagrége ; tantôt il se fait une sécrétion muco-purulente sous la fausse membrane, qui se trouve ainsi graduellement soulevée. Le plus souvent, à peine la fausse membrane est-elle tombée, qu'il s'en produit une autre (et alors de nature purement fibrino-muco-purulente), avec une extrême rapidité. La formation successive des fausses membranes dans l'angine diphtéritique, contrairement à ce qui se passe dans les angines expérimentales, où l'on ne peut plus en général constater qu'un simple processus catarrhal, après la chute de la 1re fausse membrane vraie, tient probablement à ce que dans la diphtérie, maladie générale, la cause continue à agir, tandis que dans les angines expérimentales l'agent irritant n'agit que passagèrement; de plus, dans la diphtérie, la fibrine du sang a subi certaines altérations, et traverse plus facilement les parois vasculaires qui sont elles-mêmes souvent altérées. Dans les angines graves, les fausses membranes passent souvent par leurs différentes périodes d'évolution, avec une telle rapidité, que l'on ne peut suivre le plus souvent les différents stades du processus.

Leloir montre donc que les auteurs ont été trop exclusifs en admettant uniquement soit la théorie exsudative, soit la théorie épithéliale, comme mode de formation des fausses membranes (voir sa bibliographie très détaillée).

Il dit que : non seulement il n'y a pas lieu au point de vue anatomo-pathologique de distinguer les fausses membranes de la diphtérie de celles du croup, mais encore qu'on ne peut distinguer les productions pseudo-membraneuses précédentes de celles qu'on produit en irritant expérimentalement la muqueuse pharyngée. Bien plus, il est impossible de distinguer anatomiquement les différentes fausses membranes précitées de certaines productions pseudo-membraneuses que l'on rencontre dans l'angine herpétique, sur les plaques muqueuses recouvertes d'un exsudat diphtéroïde, les chancres indurés, les vésicatoires couenneux, etc. L'on voit donc les causes les plus dissemblables (diphtérie, angine herpétique, syphilis, irritations expérimentales, etc.) produire sur les muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié, des fausses membranes que l'on ne pourra souvent distinguer les unes des autres, ni macroscopiquement, ni microscopiquement.

La structure des fausses membranes diphtéritiques ne présente donc rien de caractéristique.

L'auteur montre ensuite, comme il l'a d'ailleurs déjà dit dans son travail sur le mode de formation des vésicules et des pustules, à propos des plaques muqueuses vésiculeuses et diphtéroïdes, qu'il existe d'assez grands rapports, au point de vue morphologique bien entendu, entre le processus qui préside à la formation des vésicules et pustules et celui qui préside à la formation des exsudats diphtéroïdes. Les principales différences entre ces deux processus proviennent de l'absence d'une couche cornée à la surface des pseudo-membranes, couche cornée qui constitue une sorte de barrière à l'exsudat sous-jacent venu du derme, quand il s'agit de vésicules et de pustules. Par suite de l'absence de cette couche cornée dans les muqueuses, la surface du réticulum épithélial est mise à nu, et rien ne s'oppose à ce que l'exsudat ne vienne se déposer à sa surface sous la forme de couches fibrino-purulentes. Aussi voit-on les pustules des muqueuses (pustules de variole,

vésicules d'herpès, etc.), ou celles de la peau dont la couche cornée, ramollie par les liquides, a été enlevée (plaques muqueuses vésiculeuses de la vulve, etc.), prendre l'aspect pseudo-membraneux avec une grande facilité. V. H.

IX. — A la surface des fausses membranes on voit toujours en grande quantité des microbes des genres micrococcus et bacillus, isolés ou réunis en masses globuleuses. Dans les fausses membranes du pharynx, on voit en outre les divers types de la flore buccale. Les microbes sont en beaucoup plus grand nombre dans les cas de diphtérie toxique, et il est probable que les fermentations qu'ils déterminent contribuent à donner alors aux plaques diphtéritiques, l'aspect sanieux et l'odeur fétide. Le genre micrococcus prédomine.

R. Thomas n'a jamais retrouvé sur les pièces fraiches les divers champignons qui ont été décrits récemment ou autrefois comme spécifiques de la diphtérie.

Les microbes se rencontrent, non seulement à la surface, mais dans l'épaisseur des fausses membranes, dans les cryptes amygdaliens, dans les vaisseaux, dans les lymphatiques, en un mot partout.

Ils n'ont pas de caractères morphologiques propres; le nom de diphtericus qu'on leur donne, n'indique que leur origine.

L'auteur fait la critique des tentatives faites pour provoquer la diphtérie expérimentale, et déclare qu'elles ont été infructueuses ou qu'elles ne sont pas convaincantes. (Cette partie du travail de R. Thomas renferme quelques inexactitudes dans la mention des faits publiés.)

La fausse membrane diphtéritique est toujours identique à elle-même, quel que soit son siège. Elle se compose d'une série de schizomycètes, d'un réticulum fibrineux, dont les travées irrégulières englobent des micrococcus, de globules blancs et de globules rouges. Elle repose, dans le pharynx, sur le derme muqueux dépouillé de son épithélium. Elle se prolonge parfois dans les dépressions de l'amygdale.

L'augmentation de volume des amygdales est produite non seulement par l'exsudat qui envahit les cryptes, mais par la tuméfaction des follicules et du tissu réticulé, où s'accumulent des cellules lymphatiques.

Les fausses membranes du larynx et des bronches ont la même constitution que celles du pharynx.

Les fausses membranes qui se produisent à la suite ou dans le cours de certaines maladies infectieuses (variole, fièvre typhoïde, rougeole ou scarlatine) sont le produit d'une inflammation spéciale, fibrino-muco-purulente. Tantôt elles resemblent, à s'y méprendre, aux fausses membranes de la diphtérie vraie, tantôt elles sont uniquement formées par une prolifération épithéliale, avec des masses de micrococcus, entremêlées. L'auteur repousse absolument, comme impropres, les expressions de croup ou diphtérie secondaires.

Dans l'adénite diphtérique, on voit, dans l'intérieur du ganglion, des micrococcus et des bacillus; les cellules plates appliquées aux parois du sinus sont tuméfiées et elles présentent des granulations dans leur intérieur.

La broncho-pneumonie diphtérique ressemble à celle des maladies infectieuses; on trouve des microbes dans les alvéoles; il y en a aussi

en grand nombre dans les vaisseaux, et il serait possible qu'ils produisissent des embolies mycosiques, mais l'auteur n'en a pas observé.

G. HOMOLLE.

X. — Dans un important mémoire, Ch. Talamon étudie successivement, en détail :

1° Les localisations des fausses membranes sur les voies digestives et respiratoires;

2° Les lésions viscérales portant sur chacun des appareils, pulmonaire, digestif, cardiaque et rénal.

L'ensemble des autopsies semble autoriser M. Talamon à conclure que la diphtérie, toute dominée qu'elle soit, dans ses localisations, par la gravité de l'infection diphtérique et par le génie épidémique, porte plus spécialement son action, pendant les six mois d'hiver, sur les voies respiratoires et, pendant les six mois d'été, sur les voies digestives. En d'autres termes, la diphtérie d'hiver apparaît à l'auteur plutôt laryngo-pulmonaire, la diphtérie d'été, pharyngo-intestinale. L. LANDOUZY.

XI. Dans l'albuminurie diphtéritique, il paraît y avoir altération primitive du sang, congestion intense des capillaires des tubes et des capillaires des glomérules, altération de ces capillaires, filtration du sang en nature (sérum, globules blancs et globules rouges), irritation consécutive des épithéliums sécréteurs des canaux contournés et des épithéliums de revêtement des tubes collecteurs. Comme conséquence de l'irritation des épithéliums sécréteurs, on voit se produire des exsudats intra-cellulaires, composés de sérum, de substance colloïde spéciale, de fragments de globules rouges, de matière protéïque très fine, mélangée à des granulations hématiques; enfin des exsudats intra-tubulaires. En somme, cette néphrite, dans les premiers jours au moins, est une néphrite parenchymateuse ou épithéliale, de nature infectieuse; rien n'autorise à en faire une néphrite diffuse. M. DUVAL.

XII. — E. Gaucher a constaté, dans l'urine et dans le sang d'un jeune sujet atteint de diphtérie maligne, la présence de bactéries : d'autre part, ayant examiné le rein à l'état frais, il l'a trouvé rempli de bactéries et a vu les cellules épithéliales des tubes urinifères, pleines de granulations brillantes, analogues aux micrococcus du sang et de l'urine : rapprochant ces deux faits l'un de l'autre, il en conclut que la néphrite diphtéritique est une néphrite parasitaire, et que l'albuminurie est le résultat du passage des bactéries du sang à travers le rein. Si, ajoute l'auteur, je ne craignais pas d'être taxé de hardiesse, je dirais que l'albuminurie diphtéritique est une albuminurie traumatique, par effraction de dedans en dehors, par pénétration de vive force des bactéries du sang dans les épithéliums du rein, et de là dans l'urine. OZ.

XIII. — La diphtérie, partout où elle règne, sévit en raison inverse de la fièvre typhoïde; elle est proche parente de cette maladie, bien qu'une attaque de fièvre typhoïde ne garantisse point d'une attaque ultérieure de diphtérie, et *vice versa*.

Quand la diphtérie a pénétré dans une ville, elle peut devenir épidémique, et suivre précisément les mêmes voies de transmission que la fièvre typhoïde.

L'infection peut être apportée dans une maison quelconque par les gaz des égouts, ou autrement, sans égard pour l'humidité des habita-

tions, mais les terrains qui la nourrissent à l'état endémique sont susceptibles d'être découverts dans certains points nettement définis des campagnes, d'où elle peut toujours surgir de nouveau, et l'humidité des habitations est la condition que présentent constamment ces localités. P. GINGEOT.

XIV. — Le document publié par le conseil sanitaire de l'état de Michigan comprend les prescriptions légales relatives à l'isolement des malades et à la déclaration qui doit être faite à l'autorité, l'indication des mesures à prendre pour la désinfection des objets contaminés, pour les funérailles, etc., enfin une série de conseils d'hygiène prophylactique.

G. H.

XV. — Guttmann a employé le premier la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie. Il l'administre de la façon suivante :

Pour les enfants en bas âge :

Chlorhydrate de pilocarpine, 2 à 4 centigrammes; pepsine, 6 à 8 décigrammes; acide chlorhydrique, 2 gouttes; eau distillée, 80 grammes. Une cuillerée à café toutes les heures.

Pour les adultes :

Chlorhydrate de pilocarpine, 3 à 5 centigrammes; pepsine, 2 grammes; acide chlorhydrique, 3 gouttes; eau distillée, 240 grammes. Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Immédiatement après chaque cuillerée, on donne une cuillerée de vin généreux (vin de Hongrie). La potion doit être administrée avec une régularité scrupuleuse, même la nuit.

Si au bout de 18 à 24 heures, la sécrétion salivaire n'est pas établie, s'il n'y a pas une détente, on augmente progressivement la dose de pilocarpine.

Guttmann a traité, par ce moyen, 81 cas de diphtérie, dont 15 cas très graves, une trentaine graves : tous les malades guérirent. Sous l'influence de la salivation abondante, provoquée par la pilocarpine, les fausses membranes se détachent, l'infiltration des tissus, l'état inflammatoire disparaissent et, en un temps variable de 2 à 5 jours, la guérison est assurée. A. C.

XVI. — D'après les recherches de Demme, la dose initiale de pilocarpine administrée par la voie hypodermique doit être de 0,025 à 0,001 milligramme, chez les enfants au-dessous de un an ; elle s'élève à 5 milligrammes chez les enfants de un à dix ans. Quand il n'existe pas de susceptibilité spéciale à l'égard du médicament, les doses peuvent être doublées progressivement et les injections renouvelées plusieurs fois dans le cours de 24 heures.

Si l'on administre le médicament par la bouche, on devra recourir à des doses triples, en solution dans l'eau distillée (50 à 75 grammes) avec addition d'un peu de gomme, lorsqu'il y a tendance à la diarrhée.

Quand on veut obtenir des effets rapides, dans les cas d'urémie, de croup, par exemple, on aura recours de préférence à la voie hypodermique. Quand, au contraire, on désire avoir des effets lents mais durables, on prescrira le médicament sous forme de potion, en espaçant les prises dans le courant des 24 heures.

Les vomissements et le coma, qui succèdent bon nombre de fois à l'administration de la pilocarpine par voie hypodermique, peuvent être pré-

venus si l'on a soin de faire prendre préalablement au malade du cognac, du vin, une forte infusion de café ou de thé, ou encore à l'aide d'une injection d'éther.

L'emploi de ces mêmes moyens adjuvants préservatifs peut être indiqué également, lorsqu'on administre la pilocarpine par la bouche.

Avec les doses moyennes de pilocarpine indiquées plus haut, Demme n'a pas observé d'effet débilitant sur le muscle cardiaque. Mais quand plusieurs fois par jour on a administré de fortes doses (1 centigramme) et cela pendant deux ou trois semaines, l'action du cœur faiblit et devient irrégulière, la température interne s'abaisse et l'on voit survenir un collapsus grave, dont j'ai eu l'occasion moi-même d'observer un exemple.

En pareilles circonstances, on observe également des syncopes et plus rarement le phénomène de Cheyne-Stokes. Ces accidents se dissipent promptement lorsqu'on a recours aux analeptiques et qu'on suspend la médication.

Demme a constaté encore que la susceptibilité individuelle, à l'égard de la pilocarpine, varie beaucoup d'un sujet à l'autre; que chez quelques enfants, les effets sialagogues et diaphorétiques sont dans un rapport inverse, de telle sorte qu'ils peuvent quelquefois se suppléer; qu'en outre de ces effets on obtient souvent une sécrétion abondante par les muqueuses nasale et laryngotrachéale.

Beaucoup moins souvent on obtient une accélération de la diurèse, due à une élévation de la pression intra-vasculaire. Quelquefois la diaphorèse provoquée par l'administration de la pilocarpine est précédée de l'apparition d'un érythème généralisé. C'est pourquoi dans les cas de scarlatine, où l'éruption tarde à se montrer en même temps qu'on note des symptômes graves du côté du système nerveux, la pilocarpine en injections sous-cutanées rend les meilleurs services. Mais l'administration de ce médicament est impuissante à prévenir le développement des complications rénales.

Par contre, les manifestations de la néphrite, l'hydropisie, en particulier, sont favorablement influencées par cette médication ; elle produit également la sédation des accidents convulsifs d'ordre urémique.

Les propriétés expectorantes que manifeste quelquefois la pilocarpine contribuent à accélérer la guérison du catarrhe laryngé, de l'angine croupale non infectieuse, de la pneumonie catarrhale, et, comme tout émétique, elle dissipera les dangers immédiats d'asphyxie créés par une obstruction des voies respiratoires. Mais la pilocarpine est dénuée de toute action spécifique sur l'agent infectieux de la diphtérie maligne, contrairement aux assertions récentes de certains observateurs.

F. LABADIE-LAGRAVE.

XVII. — Les résultats obtenus par Lax dans une petite épidémie de diphtérie ont été des plus heureux. Du 24 septembre au 17 novembre il eut à traiter 16 enfants de 1 à 16 ans.

Les six premiers furent traités par des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent (4 0/0) et des gargarismes au chlorate de potasse. Quatre enfants guéris; deux morts.

Pour les dix autres enfants, dont six en particulier présentaient des accidents très graves, on employa le chlorhydrate de pilocarpine. Tous guérirent. Suivant l'âge, Lax administre 2 à 4 centigrammes de chlorhy-

drate de pilocarpine, avec 60 à 80 centigrammes de pepsine, en solution dans 70 grammes d'eau acidulée par 3 à 4 gouttes d'acide chlorhydrique. On donne 1 à 2 cuillerées à café de la potion toutes les heures. Aussitôt après l'ingestion des premières cuillerées survenait une salivation extrêmement abondante, et les fausses membranes étaient rejetées en grande quantité. La guérison est survenue dans les 3 à 6 jours qui ont suivi l'administration de la pilocarpine. Dès le troisième jour, toute trace de fausse membrane avait disparu.

XVIII. — Williams a employé la pilocarpine, d'après la formule de Guttmann dans cinq cas de diphtérie, trois cas de scarlatine avec angine grave, un cas d'amygdalite aiguë : le succès a été complet. A. C.

XIX. — Lereboullet rapporte un exemple remarquable de guérison d'angine diphtérique maligne, obtenue après l'usage des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine.

Il s'agit d'une jeune fille de 11 ans, lymphatique, mais bien portante au moment de l'invasion. Dès le second jour, les plaques sont grisâtres, l'haleine fétide, au 6e jour, l'anorexie est absolue, toute médication interne doit être supprimée ; deux accès de suffocation. Deux injections sous-cutanées contenant chacune 5 milligrammes de nitrate de pilocarpine, provoquent une salivation abondante et le rejet de nombreuses fausses membranes. Le lendemain on fit trois injections. En six jours, l'enfant absorba 8 centigrammes de nitrate de pilocarpine, en même temps que l'on avait recours aux pulvérisations phéniquées, à des frictions stimulantes, à des lavements phéniqués et alcoolisés. L'albuminurie cessa, mais les fausses membranes ne cessèrent de se reproduire qu'au 9e jour de la maladie. G. H.

XX. — Cassin rapporte de même un exemple de guérison, chez un enfant de 6 ans et demi. Le jaborandi fut d'abord donné en infusion (50 centigrammes de feuilles), puis on administra le chlorhydrate de pilocarpine en potion (1 centigramme). — Guérison en huit jours.

XXI. — Schmid conclut d'un grand nombre de faits que la pilocarpine est en général, non seulement inutile dans la diphtérie, mais nuisible. Dans les formes septiques, elle amène rapidement le collapsus. Dans les formes catarrhales seules, on a pu remarquer une action indifférente de médicament.

XXII. — Neumeister a employé la pilocarpine dans la diphtérie, en suivant à la lettre les prescriptions de Guttmann.

Sur ses 28 malades, il y avait cinq adultes et vingt-trois enfants ; les premiers ont eu une salivation beaucoup plus abondante que les autres, elle a fait défaut chez quelques-uns de ces derniers.

Chez les enfants, il n'y a pas eu un seul résultat favorable ; quand la salivation se produisait, elle n'était suivie ni de défervescence ni de résolution des fausses membranes. Sur les 23, treize ont succombé ; dans un cas il y a eu albuminurie prolongée, dans six cas, faiblesse et irrégularité du pouls, collapsus.

Chez les adultes au contraire, résultats plus favorables. Quatre guérirent dans un temps relativement court ; chez trois d'entre eux, la salivation avait été suivie d'amélioration rapide des phénomènes généraux.

L'auteur rejette donc absolument la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie chez l'enfant, en se fondant sur ces trois propositions : incertitude de la salivation, dans le cas de salivation, persistance absolue

des fausses membranes, possibilité de l'affaiblissement du cœur et du collapsus. L. GALLIARD.

XXIII. — Alfoldi a employé six fois la pilocarpine dans la diphtérie, sans sauver un seul malade. Il a vu de plus, cinq cas également défavorables dans la clientèle de ses confrères.

XXIV. — Pendant les mois de mai et juin de cette année, Archambault a expérimenté le sulfate de pilocarpine, administré le plus souvent en potion à la dose de 5 centigrammes dans 250 grammes de liquide (une cuillerée à soupe toutes les heures). Sur 21 enfants, qui ont été pris sans choix au fur et à mesure qu'ils se présentaient dans les salles, 12 ont succombé et 9 seulement ont guéri. Si l'on s'en tenait à ces observations, trop peu nombreuses à la vérité, le traitement par la pilocarpine serait un des plus mauvais qu'on ait encore employés. Sans tirer une conclusion aussi rigoureuse, on est du moins autorisé à dire que cet alcaloïde ne donne pas un moyen efficace de traiter la diphtérie.

XXV. — Chez treize malades traités par la pilocarpine, Weise a eu 4 morts, dont 3 à la suite de collapsus qu'il est tenté d'attribuer à l'action du médicament.

XXVI. — Dehio a traité 24 malades, 14 pour des angines diphtériques, 10 pour des diphtéries propagées au larynx. Les 14 premiers guérirent, 5 de la seconde catégorie moururent.

Dehio donne la potion suivante :

Chlorydrate de pilocarpine, 2 à 6 centigrammes ; eau distillée, 50 grammes ; vin d'Espagne, 50 grammes à prendre par dixièmes toutes les heures.

De plus, il ajoute des gargarismes au borax et des badigeonnages au tannin.

XXVII. — Lepidi Chioti a traité 3 malades : 3 succès.

XXVIII. — Lemoyne a eu un succès chez un enfant de 6 ans qui avait subi la trachéotomie. Malgré l'opération, les accidents allaient s'aggravant. La pilocarpine fit rejeter les fausses membranes.

XXIX et XXX. — Masini a eu 2 morts, 1 succès. Guaita, 2 guérisons, 1 mort.

XXXI et XXXII. — Revues critiques où sont exposés et critiqués avec grand soin, les principales observations rapportées ci-dessus et l'emploi de la méthode elle-même. A. C.

XXXIII. — Garnett dit avoir, dans une épidémie de diphtérie, obtenu de très bons résultats de l'emploi de l'acide phénique et de l'iodoforme en applications locales. L'acide phénique était en solution dans la glycérine (ordinairement par parties égales), et l'iodoforme était projeté dans la gorge à l'état de poudre impalpable. Ces applications étaient répétées plusieurs fois par jour dans les cas graves. A. S.

XXXIV. — Œrtel regarde l'acide phénique comme l'agent le plus efficace dans cette maladie. Sur 27 cas très graves traités par lui, les 3/4 auraient eu une terminaison fatale sans ce médicament. Il use d'une solution à 5 0/0 en inhalations et en badigeonnages. Il considère cette absorption locale de l'acide par les lymphatiques de la cavité bucco-pharyngienne, comme très importante pour exercer une influence directe sur le sang. On voit survenir une amélioration marquée dès que l'urine se teinte en noir olive, sous l'action de l'acide phénique. Les inhalations

doivent se pratiquer toutes les deux ou trois heures, pendant deux à cinq minutes, ou plus souvent suivant la gravité de l'affection. Si l'absorption, signalée par la coloration de l'urine est très rapide, on éloigne ou on suspend momentanément le traitement, ou on le remplace par d'autres solutions d'acide borique (2 à 4 0/0), ou de benzoate de soude (5 0/0).

L'acide phénique, d'après Œrtel, s'attaque surtout à la cause de la maladie; pour aider l'action locale, le détachement des fausses membranes, il use de fumigations d'eau chaude, d'une durée d'un quart d'heure, 4 à 6 fois par jour.

Aucun agent ne lui a paru jusqu'ici supérieur à l'acide phénique. Depuis quelque temps cependant, il emploie concurremment le chlorhydrate de pilocarpine à la dose de 1 à 5 centigrammes. A. C.

XXXV. — L'élément spécifique de la diphtérie, qui la sépare des affections inflammatoires communes, doit être cherché dans les protorganismes que l'on rencontre constamment dans les fausses membranes. On s'explique ainsi comment il y a un rapport presque constant entre le siège des lésions et la gravité du mal, médiocre dans la diphtérie cutanée, croissante à mesure que les productions s'étendent dans le pharynx, excessive quand, les fosses nasales étant envahies, l'air arrive aux poumons chargé de détritus organiques. Dans le croup, l'air qui arrive aux poumons est vicié, mais en outre, l'asphyxie mécanique est imminente.

Le traitement doit donc être local, au début du moins; ses agents doivent être des substances capables de détruire les protorganismes, d'en empêcher la reproduction et la putréfaction. Cousot fait usage d'un mucilage au tannin préparé suivant la formule suivante : tannin 10 grammes, mucilage de gomme : 100 grammes, alcool de menthe : 2 à 10 grammes, pour masquer la saveur et l'astringence du tannin. Le mucilage est injecté par la bouche et, toutes les fois qu'on peut supposer que la face postérieure du voile ou les fosses nasales sont envahies, par les narines.

Le nombre des faits recueillis par l'auteur et ceux qui lui ont été communiqués par les docteurs Bertrand, de Farciennes, Cassart, de Dinant, Moeller, Amand et par le professeur Hubert, s'élève à 169, sur lesquels il compte 162 guérisons. G. H.

XXXVI. — Bernier de Bournonville emploie l'acide phénique en badigeonnages, gargarismes et même en injections hypodermiques.

XXXVII. — Lemoine rapporte de nombreuses observations recueillies dans le service de Bouchut, et en tire cette conclusion que les douches pharyngiennes, pratiquées toutes les deux ou trois heures, et dans les cas graves, toutes les heures, avec l'émulsion de Coaltar saponiné au 20e, constitue l'une des médications les plus sûres de l'angine couenneuse.

XXXVIII.—Bleynie, de Limoges, emploie depuis 1865, avec un *succès constant* la glace à l'intérieur. Elle est administrée d'une manière continue, tant pendant la veille que pendant le sommeil, jusqu'à la disparition des fausses membranes; pendant les jours qui suivent, on donne de petits morceaux de glace à plus longs intervalles; on donne des aliments et du vin généreux.

XXXIX. — P.-A. Fontaine rapporte des faits de guérison obtenue après un traitement complexe, dans lequel l'élément principal serait le sulfure de calcium (0.20 à 0.30 chez les enfants ; 0.60 chez l'adulte).

G. H.

XL. — Ozanam avait remarqué que les solutions de bromure de potassium, désagrégeaient les fausses membranes diphtéritiques.

Peyraud a basé sur cette propriété un traitement méthodique de l'angine diphtérique. A l'aide d'un pinceau, on badigeonne la gorge avec du bromure de potassium porphyrisé, et avec une solution concentrée (1/20 en moyenne) du même sel. Il rapporte une vingtaine de succès obtenus en procédant ainsi.

XLI. — Cadet de Gassicourt, chargé par la société de thérapeutique de faire un rapport sur le travail de M. Peyraud, a essayé le bromure de potassium sans grand succès. Il en est ainsi de bien des médications déclarées infaillibles ; elles réussissent seulement parce que leurs auteurs n'ont pas affaire aux formes infectieuses de la diphtérie qu'on observe à Paris. A. M.

FIÈVRE INTERMITTENTE.

I. — Clinical lectures on the causes of intermitting or paroxysmal pyrexia, and on the differential characters of its several varieties, par Ch. MURCHISON (*The Lancet, p.* 617 *et* 653, 1879).

II. — De l'impaludisme, par DUBOUÉ (de Pau) (*In-8°, Paris,* 1881).

III. — Contribution à l'histoire des maladies palustres (De la mélanémie, par KELSCH (*Arch. gén. de méd., octobre* 1880).

IV. — Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme : description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre, par LAVERAN (*In-8°, Paris,* 1881).

V. — De l'intoxication tellurique considérée au point de vue des formes morbides en général et de ses rapports avec les autres maladies, par F. SOREL (*Gaz. hebdom., n°* 28 *et* 29, 1880).

VI. — De l'hépatite interstitielle paludéenne, par PICQUET (*Thèse de doct., Paris,* 1880).

VII. — Fièvres intermittentes anciennes, compliquées de gangrène de la bouche et de broncho-pneumonie, par H. RENDU (*Bull. Soc. anat., févr.* 1880).

VIII. — Fièvres intermittentes rebelles, ayant amené la gangrène de l'amygdale droite et la nécrose de l'os hyoïde, par F. SOREL (*Bull. Soc. anat.,* 15 *octobre* 1880).

IX. — Note sur un cas de fièvre tellurique avec hématurie intermittente, par SOREL (*Union médicale, p.* 217, *août* 1881).

X. — De la diarrhée de cause palustre, par LARDIER (*Union médicale, p.* 335, 6 *septembre* 1881).

XI. — Ueber Bubo malaricus, par A. BODNAR (*Pester med. chir. Presse, n°* 47, 1879).

XII. — Étude clinique sur l'asphyxie locale des extrémités et sur quelques autres troubles vaso-moteurs dans leur rapport avec la fièvre intermittente, par MOURSON (*Arch. de méd. navale, n°* 5, 1880).

XIII. — Observations de troubles nerveux insolites liés à la fièvre tellurique, par F. SOREL (*Gaz. hebdom., n°* 21, 1880).

XIV. — Hemiplegia sympathica malarica, par E. POOR (*Gyogyaszat, t. XIX*, 1879, *et Med. chir. Rundschau*, n° 11, 1880).

XV. — Malarial paralysis, as observed in the West Indies, par Louis Edw. DELMEGE (*The Dublin Journ. of med sc.*, *p.* 461, *mai* 1881).

XVI. — Fatal case of ague with delirium and coma during the paroxysms, due to the cirrhotic kidney, par William RUSSELL (*Edinb. med. Journ.*, *p.* 115, *août* 1880).

XVII. — De la coxalgie d'origine paludéenne, par LANDRIEUX (*Journ. de thérapeut.*, n° 15, *août* 1880).

XVIII. — Ueber neuralgia supra-orbitalis intermittens, par F. von MANDACH (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 21, *p.* 640, *nov.* 1879).

XIX. — Pilocarpin in intermittent fever, par Gaspar GRISWALD (*The New York medic. Journ.*, *août* 1880).

XX. — Ueber parenchymatöse Injection von Solution arsenicalis Fowleri in chronische Miltztumoren, par MOSLER (*Deutsche med. Wochensch.*, n° 47, 1880).

I. — La leçon de Murchison est une étude clinique des différentes conditions pathologiques qui peuvent donner lieu à des accès fébriles intermittents, depuis la malaria, la pyohémie et la tuberculose jusqu'à la lithiase biliaire, c'est un excellent chapitre de pathologie générale.

II. — L'ouvrage de M. Duboué (de Pau) a trait à l'impaludisme, envisagé comme une véritable diathèse. Nous relevons, parmi les causes, celles qui occasionnellement sont susceptibles de réveiller la diathèse et de provoquer des accès fébriles soit en débilitant l'organisme, soit en ébranlant le système nerveux : ainsi, par exemple, les purgations intempestives, les émissions sanguines, les traumatismes, les fausses couches, etc. L'auteur résume ses impressions en considérant l'impaludisme comme le résultat d'une altération du sang qui détermine des troubles variés du système nerveux, en sorte que la plupart des manifestations palustres peuvent être envisagées comme des névroses. P. M.

III. — Le travail de Kelsch est le complément de son mémoire de 1875 (*R.S.M.*, VII, p. 501). Il reprend, sur de nouvelles bases, l'histoire de la mélanémie palustre, de sa valeur séméiologique et de sa pathogénie.

Le pigment mélanique se montre dans le sang sous forme de petits blocs irréguliers, anguleux, libres ou enchassés dans des masses homogènes, grisâtres, provenant probablement de la fusion de plusieurs cellules mélanifères. Le plus souvent il est incorporé, sous forme de granules noirs, à des éléments arrondis, mesurant 10 μ, ressemblant aux globules blancs. Ces mêmes éléments renferment des débris de globules rouges ou même des globules rouges presque entiers. Les aspects différents des cellules mélanifères répondent aux phases différentes de la métamorphose du pigment intracellulaire.

La mélanémie est un phénomène intermittent lié aux manifestations aiguës de l'impaludisme, et qui disparaît à la suite de ces manifestations au bout d'un temps qui dépasse rarement 4 à 6 jours. L'intensité et la durée de la mélanémie sont en raison directe de l'intensité des manifestations de l'impaludisme. Ainsi, dans les accès tout à fait simples,

l'examen du sang ne permet guère de trouver plus d'un corpuscule mélanifère dans le champ du microscope. Dans les accès plus sérieux, les globules mélanifères sont plus nombreux et plus longs à disparaître du sang; si les accès se suivent à de courts intervalles, le pigment n'a pas le temps de s'éliminer d'un paroxysme à l'autre et la mélanémie paraît persistante. Enfin le pigment est particulièrement abondant dans les accès pernicieux, même en l'absence de température élevée, et c'est dans ces cas surtout que la mélanémie est d'une constatation facile.

Ce fait de l'intermittence de la mélanémie et de sa subordination aux manifestations aiguës de l'impaludisme est confirmé indirectement par l'absence de pigmentation sanguine dans les cachexies paludéennes consommées, non traversées par des accès de fièvre; cela est d'autant plus frappant qu'à l'autopsie de ce genre de malades on trouve une mélanose hépato-splénique intense, ce qui n'est pas favorable à l'opinion classique, qui fait de la rate le foyer générateur du pigment charrié par le sang. Enfin il importe de savoir que les mouvements fébriles qui, dans la cachexie palustre, dépendent de quelque complication viscérale, entéro-colite, hépatite, pneumonie, ne s'accompagnent pas de mélanémie; c'est là une constatation négative qui a sa valeur en clinique.

En ce qui concerne la pathogénie de la mélanémie, l'auteur, se basant sur les divers aspects des cellules mélanifères, admet que les globules rouges détruits sont absorbés tels quels par les leucocytes pour y subir les diverses transformations qui mettent en liberté l'hématine. Contrairement à l'opinion de Virchow, Frerichs, Mosler, il pense avec Arnstein que la mélanémie est primitive, la mélanose hépato-splénique secondaire; il lui a semblé, en effet, que la rate était surtout riche en pigment lorsque le sang n'en contenait plus et réciproquement. Les données de l'expérimentation sur l'évolution des pigments artificiels dans l'organisme sont en faveur de l'hypothèse qui veut que la rate, le foie, la moelle osseuse agissent à la façon de filtres pour retenir les particules étrangères qui ont circulé dans le sang.

La mélanémie, étant un caractère constant et pathognomonique de l'impaludisme, acquiert par là même une valeur séméiotique qui a son importance dans un pays comme l'Algérie, où la fièvre typhoïde avec ses formes anormales, les rémittentes bileuses, l'ictère grave, la méningite cérébro-spinale, règnent côte à côte avec la malaria. L'auteur affirme, avec preuves à l'appui, que la pigmentation noire du sang n'appartient en propre qu'à cette dernière maladie. P. MERKLEN.

IV. — L'histoire de ces leucocytes mélanifères vient d'être reprise, à un tout autre point de vue, par Laveran, qui les considère comme de nature parasitaire et spécifiques.

Sans refaire ici l'analyse complète de ce travail, qui a été déjà résumé dans la revue de MM. Zuber et du Cazal (*R.S.M.*, XVIII, p. 721), rappelons que l'auteur distingue trois sortes d'éléments parasitaires qui semblent n'être que les phases différentes de développement d'une algue de la nature des oscillariées. Il repousse leur assimilation avec des leucocytes mélanifères, parce que ceux-ci ne possèdent pas de noyau et sont animés de mouvements spéciaux : le sulfate de quinine les tue et les immobilise. Dès lors, la conception de Laveran sur la fièvre intermittente est la suivante : l'impaludisme est une maladie parasitaire. Les parasites,

introduits dans le sang, s'accroissent et se multiplient : à un moment donné ils irritent les divers organes, d'où la fièvre avec ses types continus et intermittents. L'intermittence est sans doute le résultat de l'irritation de la moelle épinière après chaque paroxysme ; l'intervalle qui sépare les accès représente le temps nécessaire pour que cet épuisement se dissipe. Les accès pernicieux sont dus, comme l'avait dit Frerichs, à l'accumulation des corps pigmentaires dans les vaisseaux cérébraux ; seulement il s'agit de parasites et non de pigment. L'irritation répétée des différents organes par la présence des parasites se traduit par les lésions de l'inflammation chronique, tandis que l'altération profonde de la rate se manifeste par l'anémie. Enfin, grâce à cette conception, on comprend la fréquence des récidives, quelques parasites échappés à l'action du sulfate de quinine pouvant devenir le point de départ de nouvelles générations de parasites. P. MERKLEN.

V. — L'auteur, exposant le résultat des observations qu'il a faites en Algérie, range sous trois chefs les formes morbides de l'intoxication tellurique :

1° Des états fébriles de types et de rythmes divers : *fièvre tellurique* franche ou pernicieuse ;

2° Des troubles de l'innervation : sensitifs ou moteurs, *névropathies telluriques ;* vaso-moteurs , *congestions telluriques.* Les troubles nerveux sont associés à la fièvre tellurique ou peuvent en rester indépendants ;

3° Des troubles de la nutrition : *anémie et cachexie telluriques.*

Différents points sont étudiés avec soin dans ce travail. Au sujet des congestions telluriques, l'auteur traite assez longuement la question de la pneumonie périodique ou fièvre rémittente pneumonique.

Il distingue: 1° la pneumonie franche pouvant être modifiée dans sa marche par le poison tellurique ; 2° la pneumonie évoluant et disparaissant avec l'accès de fièvre tellurique : c'est cette dernière qu'on désigne généralement sous le nom de pneumonie périodique ou intermittente. Or, cette pneumonie périodique n'existerait pas, s'il faut en croire l'auteur, et, sous ce nom on aurait surtout envisagé des états congestifs caractérisés par les signes indiqués par M. Woillez et reparaissant avec la fièvre. Néanmoins la répétition de la congestion sur le poumon, comme sur tout autre organe prédisposé, peut provoquer l'inflammation ; dans ce cas la fièvre tellurique a été la cause de la maladie, mais elle est désormais sans influence sur son évolution anatomique. C'est de la même manière qu'une congestion rénale répétée peut faire naître une néphrite d'origine tellurique indirecte.

Quant à l'influence du poison tellurique sur la marche d'une pneumonie franche, l'auteur la croit à peu près nulle. Du reste, l'étude des rapports de l'intoxication tellurique avec les autres maladies l'amène à cette conclusion: que l'action du poison sur l'organisme en puissance de maladie varie suivant que cette maladie est une affection à marche bien définie, à évolution fébrile, cyclique, ou qu'au contraire ses phases sont indécises, peu fébriles. Dans ce dernier cas, des accès intermittents pourront survenir dans le cours de la maladie. Au contraire, l'intoxication tellurique s'efface dans les fébri-phlegmasies et les pyrexies, pour reparaître dans la convalescence. P. M.

VI. — Avec M. Lancereaux, qui a inspiré ce travail, l'auteur admet que l'impaludisme est une cause fréquente d'hépatite interstitielle. Les caractères anatomo-pathologiques et cliniques de cette affection ne diffèrent, du reste, en rien de la cirrhose hypertrophique avec ictère telle qu'elle a été décrite par M. Hanot. Une infiltration de pigment dans les cellules hépatiques est la seule particularité qui se trouve signalée par l'auteur comme propre à la cirrhose hypertrophique d'origine paludéenne. P. M.

VII. — Aux complications viscérales de la malaria, il faut joindre la stomatite gangréneuse, qui vient d'être signalée presque simultanément par Rendu et Sorel.

L'observation de Rendu a trait à un homme atteint d'anciennes fièvres intermittentes algériennes, et qui rentre à l'hôpital avec des accès d'abord tierces, puis quotidiens subintrants. L'état général s'aggrave et des phénomènes hectiques surviennent. C'est alors que se développe une stomatite gangréneuse avec dénudation et nécrose superficielle du maxillaire qui amène la mort. L'autopsie montre des lésions de splénite chronique et de bronchopneumonie.

VIII. — Le fait de M. Sorel présente une grande analogie avec le précédent :

Il s'agit également d'un homme qui contracte, en Algérie, la fièvre intermittente et un véritable état de cachexie tellurique. De nombreux accès quotidiens se développent avec une ténacité excessive, et c'est au milieu de ces paroxysmes aigus que débute une angine tonsillaire double, qui aboutit à la gangrène et à l'élimination des amygdales. Au moment où les lambeaux sphacélés se détachent, une hémorragie incoercible emporte le malade. L'autopsie révèle une splénite chronique, des altérations régressives du foie et des reins, ainsi qu'une nécrose de l'os hyoïde. H. R.

IX. — Le fait suivant, du même auteur, montre bien les congestions viscérales périodiques qui, relevant de l'intoxication tellurique, comme les accès fébriles auxquels elles sont associées, deviennent l'occasion d'hémorragies.

Un individu, atteint antérieurement de fièvre intermittente et d'anémie palustre, se présente à l'hôpital de Sétif pour de nouveaux accès fébriles à type quotidien. Pendant cinq jours de suite les accès reviennent à 11 heures du matin, et chaque fois les urines sont émises sanguinolentes pendant toute la durée de l'accès, tandis que dans l'intervalle elles sont absolument claires et peu mélangées de globules hématiques. L'hématurie, chose intéressante, apparaissait dans l'urine avant le frisson, quand la température n'était pas encore fébrile. Elle semblait donc le résultat d'une congestion localisée de l'appareil rénal, en rapport avec l'ischémie périphérique du stade de froid de la fièvre. Il y avait à la fois hématurie vraie, caractérisée par la présence des hématies dans l'urine, et hématinurie, car après précipitation et filtration des sédiments solides de l'urine, celle-ci conservait une teinte rouge brun. H. R.

X. — Le mémoire de M. Lardier nous fait connaitre certaines formes de diarrhées chroniques imputables à l'impaludisme et justiciables du sulfate de quinine. L'auteur exerce la médecine dans les Vosges, département réputé à tort indemne de fièvres intermittentes : l'arrondissement de Rambervillers est, au contraire, fréquemment ravagé par des épidémies palustres. Les observations recueillies par M. Lardier sur cette forme

larvée d'intoxication tellurique, sont au nombre de neuf : il s'agit, tantôt de diarrhée séreuse ou glaireuse, affectant un caractère de chronicité, et conduisant les malades à la cachexie, tantôt, au contraire, d'accès à marche aiguë, caractérisés, par un grand nombre de garde-robes sanguinolentes, mais sans les douleurs et les épreintes de la dysenterie véritable. Ce qui permet de soupçonner la nature palustre de ces accidents, c'est le fait qu'à un moment de la journée ou de la nuit (très souvent le matin de bonne heure) il y a une exacerbation des troubles fonctionnels et que le reste du temps les phénomènes intestinaux sont beaucoup moins accentués; cette sorte d'exacerbation est parfois régulièrement périodique, il s'y joint le plus souvent de l'engorgement douloureux du foie et de la rate qui achève de préciser le diagnostic. Le traitement confirme la notion de l'intoxication palustre, en montrant la guérison rapide des accidents sous l'influence de doses de sulfate de quinine variant de 0gr, 50 à 1gr, 50, et administrées plusieurs jours de suite. H. R.

XI. — Il n'est pas jusqu'à l'appareil lymphatique qui ne puisse peut-être ressentir l'influence du poison tellurique. C'est ce qui semblerait résulter des observations de Bodnar, à moins qu'il n'y ait là une simple coïncidence d'accidents étrangers à l'impaludisme. L'auteur, qui habite un pays de malaria, a plusieurs fois observé des adénites douloureuses, survenant, sans cause, sans acception d'âge ni de sexe, en diverses parties du corps. Au dire des malades, les exacerbations douloureuses se reproduisaient à certaines heures du jour. L'auteur cite 3 observations :

1° Homme de 43 ans, n'ayant jamais eu d'affection des parties génitales ; fièvre intermittente quotidienne avec forte tuméfaction splénique et adénite inguinale droite. Guérison de la fièvre par le sulfate de quinine; ouverture spontanée et guérison du bubon; 2° jeune fille de 16 ans tuméfaction des ganglions de la nuque; au bout de quelques jours, fièvre intermittente, qui guérit par le quinine; la tuméfaction ganglionnaire diminue, mais sans disparaître absolument; 3° enfant de 5 ans, gonflement douloureux et suppuration des ganglions inguinaux des deux côtés, pendant la durée d'une fièvre intermittente. G. HOMOLLE.

XII. — Les troubles nerveux sont surtout fréquents dans le cours de l'intoxication palustre, et depuis que l'attention est attirée de ce côté il est possible de suivre la filiation de certains accidents qui paraissent d'origine tellurique. C'est ainsi que M. Mourson, frappé de voir l'asphyxie locale des extrémités se substituer aux accès de fièvre intermittente, les accompagner ou les suivre, admet entre ces deux affections une origine commune. D'autre part, certains phénomènes nerveux, fréquents dans l'impaludisme (tels qu'amblyopie, herpès, urticaire) se voient fréquemment dans l'asphyxie locale, de sorte que M. Mourson se croit en droit de les regarder comme des manifestations larvées de l'asphyxie locale elle-même. C'est peut-être aller un peu loin, car l'anémie locale des extrémités n'est qu'un symptôme vaso-moteur dépendant d'états multiples et nullement liée à la malaria.

XIII. — Les observations de Sorel sont un exemple de ces phénomènes nerveux d'origine miasmatique.

Dans le premier cas, deux accès de fièvre furent accompagnés d'une toux nerveuse laryngée et d'une hyperesthésie avec gonflement œdémateux de la

région coxo-fémorale, hyperesthésie assez vive pour obliger le malade à immobiliser son articulation; ces phénomènes disparurent avec l'accès fébrile. Il s'agissait dans un autre cas, d'un tic convulsif des muscles grands droits de l'abdomen, ayant comme conséquence une parole saccadée, aboyante et des secousses rythmiques du tronc; cette hyperesthésie persista pendant quelques jours après l'accès de fièvre, exaspérée par les mouvements et les émotions, puis disparut complètement. Les mêmes phénomènes se reproduisirent quoique atténués à l'occasion d'une rechute fébrile, mais cette fois cessèrent avec la fièvre.

XIV. — Les accidents nerveux palustres vont souvent jusqu'à la paralysie. Le Dr Poor donne le récit de son observation personnelle :

Élevé dans un pays marécageux, il a eu à plusieurs reprises, pendant son enfance, des accès de fièvre intermittente, et l'hypertrophie splénique dont il est atteint ne laisse aucun doute sur l'existence de l'intoxication paludéenne. Les accidents hémiplégiques dont il rapporte l'histoire se manifestèrent une première fois en 1861 : il s'agissait d'une hémiplégie du côté gauche, revenant d'une manière intermittente tous les trois jours, et qui disparut complètement sous l'influence du sulfate de quinine. En 1878, se trouvant à la campagne, il fut atteint un matin, brusquement après quelques minutes de sommeil, d'une crampe douloureuse du mollet gauche, puis d'une hémiplégie, du même côté occupant les membres et la face; la sensibilité était intacte. Au bout d'un quart d'heure, il fut pris de frisson, et deux heures après, l'hémiplégie disparaissait en même temps qu'apparaissaient des sueurs abondantes. Le malade, persuadé qu'il avait affaire à des accidents paludéens, prit du sulfate de quinine et partit pour Gastein, guéri de son hémiplégie. P. MERKLEN.

XV. — Dans la note qui accompagne cette communication, Delmege cite trois faits de troubles nerveux paralytiques, survenant dans le cours de la maladie, et ayant quelque affinité symptomatique avec l'ataxie locomotrice. Les symptômes généraux qu'éprouvent les malades sont l'obtusion de tous les sens, vue, ouïe, odorat, etc., la perte de la coordination musculaire et de l'équilibre de la station, l'absence du réflexe tendineux rotulien. Souvent il existe de l'irritabilité et des troubles de caractère. Cette affection est fréquente aux Indes, elle règne de préférence dans les districts infestés par la malaria, et à l'époque des pluies, quand la malaria exerce le plus de ravages : les symptômes présentent une certaine périodicité et offrent des exacerbations intermittentes. La maladie cède au sulfate de quinine associé à l'arsenic. L'auteur publie trois observations, malheureusement avec des détails très insuffisants. H. R.

XVI. — Une dame de 69 ans, très peu de temps après un voyage d'Amérique, est prise d'accès fébriles quotidiens, débutant le soir par des frissons, mais sans grande élévation de température. État général mauvais, insomnie, troubles cérébraux, subdelirium, amélioration momentanée sous l'influence d'une dose de bromure de potassium, mais le lendemain soir, nouvel accès violent, avec perte de connaissance, râles muqueux dans la poitrine et élévation considérable de la température. Le sulfate de quinine est donné à la dose de 0gr, 50, et le lendemain matin tous les accidents ont cessé, mais pour se reproduire le soir, avec la même sévérité et les mêmes phénomènes cérébraux. La mort survint dans le cours de cet accès. L'autopsie montra de l'hyperhémie encéphalique, de la congestion pulmonaire, de l'hypertrophie de la rate. Les reins étaient petits, granuleux et manifestement cirrhotiques.

L'auteur rattache à cette lésion du rein la gravité insolite des accès

intermittents, l'insuffisance de la dépuration urinaire devenant une cause d'urémie et s'ajoutant à la perniciosité. H. R.

XVII. — D'une observation qu'il rapporte, l'auteur conclut qu'il existe une affection de l'articulation coxo-fémorale, une coxalgie provoquée par l'impaludisme. Cette manifestation articulaire s'accompagne d'une fièvre intense, continue, susceptible de masquer son origine intermittente. Il faut donc être prévenu, rechercher les antécédents du malade et recourir rapidement au sulfate de quinine. Cette complication est indiquée dans une des observations précédentes de M. Sorel (XIII).

A. MATHIEU.

XVIII.—Les faits de névralgie intermittente publiés par Von Mandach se présentèrent avec le type quotidien et biquotidien. Mais, malgré l'efficacité du sulfate de quinine, rien ne prouve qu'il s'agit là d'une manifestation palustre, la malaria n'existant pas, pour ainsi dire, à Zurich.

XIX. — Quand paraît un accès de fièvre intermittente, il y aurait grand avantage à pouvoir le faire avorter immédiatement; par malheur, le sulfate de quinine donné après le début du frisson n'agit pas assez vite et ne peut avoir d'influence que sur l'accès suivant; on en est donc réduit à des palliatifs dont la puissance est faible et l'action toujours incertaine. L'auteur s'est proposé de rechercher un moyen capable de combattre directement les conditions déterminantes du frisson, de l'arrêter court s'il est commencé, ou de le prévenir s'il est seulement sur le point de se produire. Or, quelles sont les conditions essentielles du frisson? Petitesse et dureté du pouls, anémie périphérique et contractions spasmodiques du système nerveux. La pilocarpine, tout au contraire, relâche la tension du système artériel, détermine un afflux sanguin vers les téguments, et, par la diaphorèse qu'elle produit, amène le relâchement des muscles. Ces propriétés en indiquaient nettement l'emploi, et l'expérience clinique a justifié le raisonnement. Chez plusieurs malades atteints de fièvre intermittente bien caractérisée, une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine a été pratiquée peu d'instants après le début du frisson; dans tous les cas, sauf un seul, le frisson a cessé deux ou trois minutes après l'injection, une sueur abondante s'est manifestée aussitôt et l'accès a pris fin, sans avoir passé par le stade de chaleur. La guérison ainsi obtenue a été complète, et la convalescence s'est achevée sans être interrompue par de nouveaux accès.

De ces résultats l'auteur croit pouvoir conclure : 1° que le chlorhydrate de pilocarpine, administré en injection sous-cutanée, fait avorter promptement le frisson de la fièvre intermittente palustre; 2° que, dans un grand nombre de cas, l'accès se juge aussitôt par une diaphorèse abondante, sans passer par le stade de chaleur; 3° que souvent il suffit d'avoir coupé court à un accès pour amener la guérison complète; 4° que, dans tous les cas, ce mode de traitement est un adjuvant utile à la médication quinique administrée dans l'intervalle des accès; 5° qu'une dose de pilocarpine, suffisante pour produire l'effet voulu, ne détermine ni sudation excessive, ni ptyalisme fâcheux; 6° que la promptitude de l'action de ce médicament en indique l'emploi dans les fièvres pernicieuses, où la suppression rapide d'un accès en voie de développement est souvent d'une importance capitale.

D'après une autre série de recherches du même auteur, certaines manifestations vagues et mal définies de la malaria, telles que maux de tête, névralgies, etc., peuvent être traitées avec beaucoup de succès par les injections de pilocarpine. H. BARTH.

XX. — Dans les cas où la tuméfaction et l'induration chroniques de la rate ne s'accompagnent ni d'aglobulie intense ni de diathèse hémorragique, l'auteur croit qu'il est utile d'attaquer directement l'organe et conseille d'y pratiquer des injections de liqueur de Fowler. Voici deux exemples à l'appui de cette doctrine :

1° Un Hongrois de vingt-six ans se présente à la clinique de Greifswald avec une rate hypertrophiée, de 17 centimètres de hauteur, remplissant tout l'hypochondre gauche et atteignant la ligne médiane, lisse et indurée. Le foie n'est pas augmenté de volume, les ganglions restent normaux, il n'y a ni de multiplication des globules blancs du sang, ni anémie très accentuée. Le sujet a eu des fièvres intermittentes et la syphilis, double cause de lésion splénique.

L'auteur administre le colomel et électrise la rate sans obtenir de rétraction de l'organe. Il donne alors, pendant huit jours, deux lavements par jour de chlorhydrate de quinine à la dose de 50 centigrammes: au bout de ce temps, il fait appliquer sur la rate pendant quatre heures une vessie de glace, et, avec une seringue de Pravaz à canule allongée, injecte dans le parenchyme dix gouttes de liqueur de Fowler. L'opération est répétée tous les deux jours avec les mêmes précautions, lavement, application de glace, et après cinq injections, l'auteur ne craint pas d'administrer vingt gouttes au lieu de dix; de cette façon, il renouvelle l'opération dix fois encore. Au bout de cinq semaines, la rate a diminué de volume sans accidents inflammatoires, sans symptômes d'intoxication arsenicale.

2° Un homme de cinquante-neuf ans a eu dans sa jeunesse une fièvre tierce, et, depuis l'âge de quarante ans, il a des hématémèses et du melœna. En 1865, il fait un premier séjour à la clinique : on constate chez lui une hypertrophie de la rate qui mesure 12 centimètres de hauteur et 19 de largeur, sans hypertrophie du foie, sans leucocythémie, mais avec diminution des globules rouges. En 1880, le sujet revient à l'hôpital : il a des troubles gastriques, il est affaibli. En mai et juin, l'auteur pratique dans la rate sept injections de vingt gouttes de liqueur de Fowler avec les précautions indiquées plus haut et à la suite la tumeur diminue, son poids fatigue moins le sujet qui reprend ses occupations.

En octobre, nouvelle injection de dix gouttes; seulement le malade retourne chez lui immédiatement après, néglige l'application de la glace, et éprouve alors de vives douleurs. Après huit jours d'accidents inflammatoires, il peut se lever et marcher, et l'auteur constate une nouvelle diminution de tumeur splénique. L. GALLIARD.

FIÈVRE RÉCURRENTE.

I. — Erster veröffentlichter Fall von Febris recurrens am Rhein, par BECKER (de Cologne) (*Berliner klin. Woch.*, n° 23, *p.* 328, *juin* 1880).

II. — Eine recurrens Epidemie, par CASPAR (de Swinemuende) (*Ibid.*, *p.* 329).

III. — Ueber Febris recurrens, par E. WAGNER (*Ibid.*, n° 1, *p.* 12, *janv.* 1881).

IV. — Statistiche Mittheilungen ueber Febris recurrens aus dem staedtischen Barackenlazareth, par Hermann SCHMIDT (*Ibid. p.* 728, *décembre* 1880).

V. — L'épidémie de fièvre à rechutes du grand-duché de Hesse (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 6, p. 186, 15 *mars* 1880).

VI. — Ueber einen Fall von Febris recurrens, par LEO (*Berlin. klin. Woch.*, n° 23, p. 334, *juin* 1880).

VII. — Présence des spirilles dans la salive des malades atteints de fièvre à rechutes, par BJEDNJAKOWA et RYPDOWSKY (*Wratsch.*, n° 36 *et Corresp.-Blatt für schweiz. Aerzte*, n° 24, p. 799, 15 *décembre* 1880.)

VIII. — Beitrag zur Kenntniss der Ruckfalletyphus, par C. KNIPPING (*Deutsch. Arch. für klin. Medic.*, *Band XXVI*, *Heft* 1, p. 10, 1880).

IX. — Die Recurrens Epidemie in Breslau im Jahre 1879, par SPITZ (*Ibid.*, *Band XXVI*, *Heft* 1, p. 139, 1880).

X. — Das Auftreten der Febris recurrens in Süd Deutschland, par FRIEDREICH (*Ibid.*, *B. XXV*, *Heft* 4 *et* 5, p. 518, 1880).

XI. — Klinische und experimentelle Beobachtungen aus der Recurrens Epidemie im Winter 1879-1880, par B. LACHMANN (*Ibid.*, *B. XXVII*, *Heft* 5 *et* 6, p. 526, 1880).

XII. — Une épidémie de typhus récurrent à Helsingfors en 1879, par Hugo HOLSTI (*Nordiskt med. Arkiv*, *Band XI*, n° 13 *et* 27, 1879).

I. — Le fait de Becker est intéressant à divers titres : d'abord c'est le premier cas de fièvre à rechutes signalé (novembre 1877) dans la Prusse Rhénane et il paraît être resté isolé. Ensuite il a présenté quelques particularités insolites et le patient a offert une forme exceptionnelle d'intoxication quinique.

Typographe âgé de 21 ans. Inutile de résumer l'ensemble symptomatique; seule la marche de la fièvre mérite de nous arrêter. Tous les trois jours se produisait une tendance très marquée à la rémission fébrile, bien que la fièvre intermittente soit presque inconnue à Cologne. Le premier accès a duré 14 jours et a été suivi d'un intervalle franc de 10 jours pendant lesquels le convalescent n'a plus eu d'autres phénomènes morbides que le gonflement persistant de la rate. Le deuxième accès, avec les mêmes phénomènes thermométriques que le premier, s'est prolongé durant 9 jours, puis après un nouvel intervalle d'apyrexie de 3 jours et demi est survenu le 3e accès qui ne dura que 2 jours. C'est dans ce dernier cependant que la température initiale fut la plus haute (40,5). Chaque cycle fébrile s'accompagne d'une recrudescence des douleurs musculaires, de vomissements avec bouche mauvaise et constipation.

Quand la quinine fut administrée à la dose quotidienne de 2 grammes, le malade fut longtemps pris d'accidents alarmants : durant 2 heures, il eut du délire et des accès de convulsions toniques généralisées, précédées d'un cri.

Au point de vue étiologique, l'auteur mentionne qu'au voisinage de l'atelier où travaillait cet homme se trouvait un puisard à odeur remarquablement infecte. On sait que Reis a prétendu que la fièvre à rechutes atteint surtout les égoutiers.

II. — Swinemuende, où la fièvre paludéenne est assez commune, est une étape de la route de prédilection des mendiants et vagabonds qui longent la côte entre Dantzig et le Holstein. Presque tous les ans le typhus exanthématique sévit parmi cette population nomade, sans atteindre les habitants de la ville. Au printemps de 1879, Casper observa

dans ce milieu de rôdeurs une épidémie de fièvre à rechutes qui se prolongea jusqu'à la fin de septembre. Il est à noter que des 60 malades traités, 58 avaient pris le germe de leur affection en voyage, 2 seulement, parmi lesquels l'infirmier, furent contagionnés sur les lieux mêmes. Mais les habitants de Swinemuende restèrent complètement indemnes.

34 eurent 3 accès ; 22, 2 accès ; et 4, un seul. La durée moyenne des accès fut de 4 jours 8, pour le premier, de 3,2 pour le deuxième, et de 2,4 pour le troisième. L'accès le plus long dura 9 jours.

Le plus court intervalle entre deux accès fébriles fut de 4 jours ; le plus prolongé de 16 jours.

Le type fébrile fut continu pour le premier accès et irrégulier pour les rechutes.

Les complications se sont bornées à deux ictères et à deux iritis qui furent bénignes d'ailleurs, et n'appartenaient qu'à la période d'apyrexie.

Les spirilles furent aperçues dans le sang de tous les malades examinés, mais pendant l'accès seulement.

Le traitement ne consista qu'en bains froids.

Aucun des patients n'a succombé.

Parmi les circonstances météorologiques, il n'y a à signaler que la prédominance inaccoutumée des vents d'est qui entraîne l'abaissement de la température et l'absence de pluie.

III. — Depuis un an, E. Wagner a traité, à l'hôpital Saint-Jacques de Leipzig, 140 cas de fièvre à rechutes dont 137 chez des hommes ; il n'y a eu que 4 décès. Les malades étaient composés presque exclusivement de vagabonds habitant des garnis. Ni infirmiers, ni médecins n'ont été contagionnés.

L'auteur relève, parmi les symptômes, les douleurs musculaires, plus particulièrement développées aux mollets, la teinte constamment terreuse du visage, malgré une fièvre considérable, l'urine concentrée, peu abondante et parfois albumineuse.

Parmi les complications, Wagner a noté le collapsus cardiaque, surtout dans le 2e accès ; dans ses autopsies, il a constaté qu'il tenait à une dégénérescence graisseuse du cœur.

Du côté des voies respiratoires, il a vu des bronchites, des pneumonies lobulaires, des pleurésies et plus rarement des laryngites.

La constipation est l'ordinaire, mais quelquefois il y a de la diarrhée cholériforme ou dysentériforme, sans ténesme toutefois. Les vomissements sont assez fréquents ; quelques malades eurent de l'ictère sans décoloration des selles, et d'autres des néphrites aiguës.

Il n'y a eu de délire que chez les ivrognes et les cachectiques. L'un des délirants a succombé en offrant des hémorragies cérébrales multiples.

Un septième des patients a eu de l'herpès labial.

Quelques-uns ont présenté des kératites, des iritis, des choroïdites ou des otites moyennes.

Le tamponnement des fosses nasales a été parfois nécessaire pendant l'accès pour arrêter des épistaxis.

Le sang renfermait des spirilles, mais leur nombre n'étant pas en rapport constant avec la gravité de l'affection. Le sang contenait, en outre, une forte proportion de globules blancs, des corpuscules volumineux sans

noyaux et d'autres corpuscules remarquables par leur petitesse et leur pâleur, corpuscules que certains observateurs regardent comme des spores de spirilles.

L'affection a été inoculée avec succès à l'homme et au singe.

Comme médication, Wagner préconise les excitants dès le début et une diète réconfortante.

Les bains froids et les antipyrétiques sont inutiles.

IV. — Du mois de février 1879 à août 1880, l'Hôpital-Baraques de la ville de Berlin a reçu 318 patients atteints de fièvre à rechutes. La plus grande partie d'entre eux sortaient des asiles de nuit. Le sexe féminin ne comptait que 3 représentants.

Le nombre des accès a été de 1 chez 12 malades, de 2 chez 111, de 3 chez 131, de 4 chez 28 et de 5 chez 4.

Le premier intervalle franc a généralement varié de 5 à 12 jours, et surtout de 7 à 9 jours ; le deuxième accès a duré de 1 à 7 jours ; le second intervalle franc de 7 à 12 jours le plus ordinairement ; le troisième accès, 5 jours au plus, le quatrième s'est presque toujours borné à 1 et 2 jours, enfin le 5e accès a varié pour la durée de 1 à 3 jours.

3 cas de contagion hospitalière, dont 2 par le cadavre, ont offert comme période d'incubation respective, 7 jours et demi (pour le médecin et le garçon d'amphithéâtre infectés sans blessures à l'autopsie) et 12 ou 13 jours, pour un infirmier contagionné par un malade.

18 patients ont succombé, ce qui fait une mortalité de 5,7 pour 100, ce qui a surtout décimé les hommes âgés de plus de 55 ans, dont un tiers a succombé ; c'est au contraire de 15 à 35 ans que l'affection a fait le moins de victimes.

Les principales lésions rencontrées dans les autopsies sont : l'œdème de la pie-mère, la néphrite parenchymateuse, la pleurésie sèche ou exsudative et l'œdème pulmonaire.

V. — La fièvre à rechutes était à peu près inconnue dans le grand-duché de Hesse, lorsqu'en octobre 1879 elle commença à y sévir. Aussi la nature de l'affection resta d'abord douteuse. Dès que le diagnostic fut fait, la division de salubrité du ministère de l'intérieur le porta à la connaissance de tous les hôpitaux et médecins, en prescrivant les mesures sanitaires suivantes : surveillance des hôtelleries de nuit et garnis, reconnus par l'enquête comme étant les principaux foyers d'infection ; déclaration obligatoire des cas de maladies de toute sorte survenus parmi les nouveaux arrivants ; appel immédiat d'un médecin requis pour examiner le malade ; désinfection des lieux ; indication du transport des individus malades par chemin de fer ; installation d'hôpitaux spéciaux et de locaux d'observation pour les faits douteux.

C'est surtout le cercle et la ville de Giessen qui ont été atteints par l'épidémie, laquelle d'ailleurs a sévi presque uniquement dans la Hesse-Supérieure.

Aux dernières nouvelles, les hôpitaux de Giessen avaient soigné 175 cas de fièvre à rechutes, sur lesquels on comptait 156 hommes qui ont fourni 13 des 14 décès. L'hôpital de Friedberg en a reçu 59, dont 57 hommes, parmi lesquels 4 ont succombé. Darmstadt en a eu 89 à traiter, dont 2 religieuses hospitalières.

VI. — Leo rend compte du premier cas de fièvre à rechutes traité à

Bonn. Il s'agit d'un marinier hollandais, contagionné au milieu de longues pérégrinations à terre, et admis à l'hôpital en décembre 1879. Il eut un premier accès de 10 jours, suivi de 7 jours d'apyrexie, puis un deuxième accès de 3 jours et demi, avec nouvel intervalle libre de 9 jours, et enfin un dernier accès de 2 jours et demi; on n'a pas pu constater de tuméfaction de la rate. La médication a consisté en bains frais et quinine.

VII. — A l'encontre de Litter Unterberger (*R. S. M.*, IX, 202), Engel, Moczutkowsky. Bjednjakowa et Rypdowsky, observant à l'hôpital de Kiew, ont constaté dans la salive de beaucoup de patients atteints de fièvre à rechutes des filaments très analogues aux spirilles, mais non pas durant tout le cours de l'affection. Cohn et Steinberg ayant signalé des éléments semblables dans la salive de beaucoup d'individus, les auteurs se sont assurés que les leurs étaient spéciaux à la fièvre à rechutes. J. B.

VIII. — L'auteur a eu l'occasion de suivre l'an dernier une épidémie de fièvre récurrente à Dantzig, et il en profite pour passer en revue, dans un exposé concis, les particularités que présentent la symptomatologie, l'étiologie et le pronostic. Rien de particulier.

IX. — La fièvre récurrente a fait sa première apparition à Breslau en l'année 1872-1873. Les premiers malades appartenaient à cette classe de vagabonds qui errent d'une localité à l'autre pour trouver des moyens de subsistance. Il a été impossible d'en tirer des renseignements assez précis pour arriver à découvrir l'origine de la contagion; mais il est très probable que la maladie a été introduite à Breslau par des nomades venus de la Russie et de la Pologne. Ce n'est que quelque temps après l'explosion de la première épidémie que celle-ci fit des victimes parmi la population indigène de Breslau. A ce propos, Spitz déclare qu'il est tout à fait opposé à l'opinon de Murchison, Wyss et de Bock, qui incriminent les conditions sociales comme cause directe de la fièvre récurrente. Il reste convaincu que le développement de cette maladie est lié exclusivement à l'intervention d'un contage qui ne peut pas, abandonné à lui-même, se propager au loin dans l'atmosphère. La contagion s'opère directement de l'homme à l'homme, comme le démontrèrent les faits observés lors des épidémies de Breslau. L'espace qui sépare deux lits situés dans une même chambre de l'hôpital serait suffisant, suivant Spitz, pour suspendre la transmission du contage. C'est ainsi que Murchison a rapporté un exemple emprunté à son confrère Cormack, qui avait dans son service d'hôpital un malade atteint de la fièvre récurrente. Un seul des autres malades de la même salle contracta cette affection; or, il avait l'habitude d'aller s'asseoir sur le lit du premier. On aurait tort, d'après cela, de supposer que la ventilation crée une certaine immunité. On a beau ventiler des salles où se trouvent des individus atteints de la fièvre récurrente, si un contact direct vient à s'établir entre eux et les autres personnes de leur entourage, la contamination aura lieu quand même.

Spitz mentionne, comme autre particularité intéressante, le grand nombre de cas de typhus exanthématique observés à Breslau durant la dernière épidémie de fièvre récurrente. Durant cette même période on a compté, d'autre part, cinquante cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Déjà Zuelzer avait noté une semblable coïncidence durant l'épidémie de fièvre récurrente qui sévit à Pétersbourg pendant l'année 1868.

Plusieurs malades observés par Spitz furent atteints de typhus exanthématique à la suite de leur fièvre récurrente et après un séjour à l'hopital de trois à quatre semaines, sans avoir été d'ailleurs exposés à une contagion directe. Pareil fait avait été déjà constaté par Griesinger, qui en a conclu que les deux contages, celui de la fièvre récurrente et celui du typhus exanthématique, n'ont rien de commun.

La statistique relevée par Spitz démontre qu'aucun âge n'est épargné par la fièvre récurrente, qui sévit avec une égale fréquence sur les deux sexes. C'est également ce qui ressort des chiffres publiés par Knipping. D'après des faits très concluants cités par Spitz, la période d'incubation serait de sept à huit jours. Pendant cette période, la maladie n'est pas contagieuse; elle ne le serait, suivant l'auteur, que pendant les accès de fièvre.

Quant au nombre des accès, il a été de :

1	chez.....	26	malades.
2	»	73	—
3	»	39	—
4	»	7	—
5	»	3	—
Total.....		148	—

Spitz a reconnu également, et d'une façon constante, la présence de micro-organismes dans le sang des malades, au moment des accès fébriles. Le nombre des spirilles atteignit son apogée en même temps que la fièvre, ce qu'avait constaté déjà Moczutkowsky. Il a pu les découvrir également dans le sang d'un fœtus dont la mère était atteinte de la fièvre récurrente.

L'auteur passe ensuite en revue les principales manifestations de cette maladie. Il mentionne comme complication fréquente une affection passagère du larynx caractérisée par de la raucité de la voix, des douleurs au moment de la déglutition, et qu'on provoque également en exerçant une pression sur les cartilages thyroïdes. A l'autopsie des malades affectés de cette complication, on trouve une ulcération du larynx.

A propos du traitement, l'auteur insiste sur les mesures prophylactiques à prendre dans le cas d'une épidémie de fièvre récurrente. Ce qu'il a dit du mode de transmission de cette maladie démontre que l'isolement rigoureux de ceux qui en sont les premières victimes permettra d'étouffer à coup sûr une épidémie à ses débuts.

X. — Le 3 novembre 1879 entrait à l'hôpital de Heidelberg, dans le service de Friedreich, un musicien ambulant, âgé de 25 ans, avec tous les signes d'une affection typhoïde : céphalalgie violente, vertiges, enduit de la langue, anorexie, prostration, douleurs dans les membres, démarche vacillante. On constatait, en outre, chez ce malade, une tuméfaction considérable de la rate, avec fièvre vive (40°). D'après les renseignements obtenus de la bouche même du malade, il avait été pris dans la journée du 27 septembre d'un violent frisson avec douleurs dans les membres et dans l'abdomen. Pas de diarrhée, pas d'exanthème. Le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital, la température fébrile s'abaissa progressivement de 40°,7 à 38° de 6 heures du soir à 4 heures du matin. A ce moment, le malade était couvert de sueur et se sentait amélioré.

On diagnostiqua une fièvre récurrente, et de fait, après une période apyrétique de six jours, le malade fut pris d'un nouvel accès de fièvre qui fut aussi le dernier et pendant lequel la température corporelle s'éleva à 41°,6. Il a repris depuis son existence vagabonde. Mais une femme faisant partie de la même bande que lui, ayant présenté les mêmes symptômes, toute cette tribu de bohêmes fut consignée par la police dans un village des environs de Heidelberg. Friedreich eut l'occasion d'observer trois autres cas de fièvre récurrente; deux personnes de la même famille que l'un des malades présentèrent en outre une tuméfaction de la rate sans élévation de la température corporelle et qui céda sans traitement.

D'où Friedreich conclut que la tuméfaction de la rate peut se montrer déjà à la période d'incubation de la fièvre récurrente, et qu'elle peut disparaître à cette même période sans que les autres manifestations de la maladie viennent à éclater, lorsque les individus qui sont sous le coup de la contagion sont soumis à des précautions hygiéniques convenables.

XI. — Le travail de l'auteur nous fait assister à une enquête aboutissant à découvrir l'origine de la maladie importée à Giessen par des ouvriers et des vagabonds de passage dans cette ville. Les premiers cas de fièvre récurrente chez des indigènes ne furent observés que deux mois au moins après l'importation de la maladie dans cette cité, et pour la plupart de ces malades, il ne fut pas difficile d'établir une contagion directe par suite de la cohabitation avec des malades étrangers. Dans un cas, il s'agissait d'un marchand de chiffons qui n'avait jamais quitté Giessen, mais qui n'avait pas davantage cohabité avec des réfugiés atteints de la fièvre récurrente : or cet homme s'était rendu acquéreur de linges ayant servis aux pansements de l'hôpital de Giessen; on trouva là suffisamment de quoi expliquer la contagion par voie indirecte.

Chez tous les malades, un seul excepté, il fut possible de découvrir dans le sang les micro-organismes (spirilles) signalés pour la première fois par Obermeier, comme étant les germes de la maladie. Toutes les tentatives de culture faites par l'auteur sont demeurées infructueuses. Voici quelle fut d'une façon générale la marche de la fièvre : ascension brusque de la température allant jusqu'à 40° et 41°,5, fortes rémissions survenant surtout le matin, ayant une valeur moyenne de 2 à 2 1/2 degrés; très rarement intermissions franches. Un peu avant la défervescence critique, perturbation du mouvement fébrile. Pendant la période apyrétique, la température descendait le plus souvent au-dessous du chiffre normal, pour remonter par instants, mais d'une façon très passagère, jusqu'à 40°. Le second accès débutait également avec brusquerie, mais souvent il était annoncé par de légères élévations de température. Les rémissions étaient plus fréquentes et descendaient souvent au-dessous de la température normale. Ce second accès avait une durée presque trois fois moindre que le premier. Pendant une nouvelle période d'apyrexie, plus longue que la première, survenait le troisième accès dont la durée était inférieure de un jour au plus à celle du second.

Après avoir passé en revue les symptômes et les complications habituelles de la fièvre récurrente, l'auteur rappelle que certaines affections oculaires : le catarrhe intestinal, la furonculose et l'œdème de la peau, sont des suites en quelque sorte régulières de cette maladie; les affections oculaires se montrent surtout sous la forme d'iridochoroïdite.

Le traitement se montra toujours impuissant contre le retour des accès

qui suivent le premier. Le salicylate de soude doit être proscrit à cause de ses effets consécutifs désagréables. F. LABADIE-LAGRAVE.

XII. — On vit pour la première fois en Finlande en 1865 une épidémie de typhus récurrent; la maladie fut apportée de Saint-Pétersbourg par un navire de guerre chargé de recrues. On n'en avait observé jusque là que quelques cas sporadiques dans les districts les plus directement en rapport avec la Russie. D'après le Dr Michwitz qui observa une épidémie et en fit le sujet de sa dissertation inaugurale, le typhus n'aurait point été importé; il serait éclos spontanément sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques et du germe épidermique; pendant l'hiver et le printemps de la même année, on avait observé en effet à Helsingfors de nombreux cas de typhus exanthématique, depuis ce moment on vit quelques cas isolés, surtout en 1870, mais plus d'épidémie. En 1876, le premier cas fut observé chez un ouvrier maçon travaillant à des fortifications que le gouvernement faisait exécuter dans une île; son état général était satisfaisant; il n'avait même eu aucune communication avec les Russes. La deuxième personne attaquée, un maçon de Sornas, était au contraire exténué et très sale; les deux individus habitaient aux extrémités opposées de la ville. A partir de ce moment la marche ascendante de l'épidémie continua; elle atteignit son apogée en novembre et décembre et entra en décroissance à partir du mois de janvier.

Les classes pauvres furent surtout éprouvées. Le même fait a été noté dans les épidémies antérieures. En Irlande, par exemple, celles qui ont été observées se sont présentées dans des années exceptionnellement malheureuses, pendant ou après des famines; elles frappèrent les gens exténués de préférence; la même chose a été remarquée à Saint-Pétersbourg. A Helsingfors, les conditions antérieures n'avaient pas été aussi défavorables.

Le typhus fut observé très souvent dans les habitations insalubres, lorsque plusieurs personnes habitaient dans des pièces trop étroites ou mal aérées; la race ne paraît conférer aucune immunité, les enfants furent un peu plus épargnés que les adultes.

En dehors de la ville elle-même, deux centres principaux fournirent à l'hôpital général de nombreux cas de fièvre récurrente; beaucoup des malades étaient des ouvriers travaillant à la construction de la nouvelle maison de correction; les autres venaient de Sveaborg où ils travaillaient aux fortifications. Il paraîtrait d'après leur récit que l'encombrement en était cause, et ils laissaient beaucoup à désirer pour la propreté. 21 malades vinrent du premier endroit, en décembre et en janvier pour la plupart; 33 du second en avril et en mai. « D'après ce que l'expérience m'a appris dans cette épidémie, dit l'auteur, je suis tout disposé à admettre ce que disait Hugues à propos de celle de Londres, en 1847:

« Il me semble que la famine a eu sur l'éclosion et la dissémination « moins d'influence que la saleté; que le manque de pommes de terre en « a moins que la malpropreté individuelle et l'aération défectueuse des « habitations. »

La maladie, manifestement contagieuse, ne se transmettait pas dans les milieux propres et bien aérés. Au lazaret des fiévreux, il y avait 185 thyphiques et 200 autres malades, on ne nota qu'un cas de transmission. La durée de l'incubation a varié de 5 à 8 jours, une première

attaque ne confère aucune immunité. L'intervalle entre l'attaque et la rechute a varié entre 6 semaines et 5 mois. Il n'y eut qu'un cas de mort par périchondrite laryngée. Il semblerait que quand le typhus règne dans un territoire il en chasse les autres maladies. Dans la rue de Terre-Neuve, 36 enfants en furent atteints; au voisinage il y avait beaucoup de scarlatine et de diphtérie, il n'y en eut pas un seul cas dans cette rue. La mortalité est en moyenne de 4 à 6 0/0. Quand l'attaque initiale est faible et la période de rémission longue, le pronostic est moins grave parce que le malade a le temps de prendre des forces pour résister à la rechute. Il paraît que la maladie est un peu moins grave chez les femmes que chez les hommes. Hosti croit que cela tient à ce qu'elles sont plus sobres, une maladie chronique antérieure aggrave beaucoup le pronostic. Ainsi, sur 9 typhiques souffrant au moment où ils furent pris de pneumonie chronique, 5 moururent; de 4 ayant des néphrites chroniques, deux succombèrent; la plupart des cas de mort constatée vers la fin de l'épidémie furent causés par de la pneumonie. Il y eut en tout 21 décès, dont 13 de ces sujets seulement étaient bien portants auparavant.

Il y eut 6 morts dans le cours de la première attaque, et 5 après la dernière. Presque tous les malades qui ont succombé après les crises sont tombés dans le collapsus.

L'auteur a noté la présence de spirilles dans tous les cas qu'il a observés, il croit qu'elles étaient plus nombreuses dans les cas mortels que dans les autres. Il ne saurait dire exactement à quel moment elles apparaissent, cependant il les a observées dans un cas, 40 heures après le frisson initial; elles disparaissent un peu avant la crise.

Quant aux lésions relevées à l'autopsie, il y a eu : de la laryngite, de la bronchio-pneumonie, de la stéatose cardiaque, un léger gonflement des follicules intestinaux et des plaques de Peyer, mais jamais d'infiltration comme dans le typhus abdominal. (Voy. *R. S. M.*, I, 580; IV, 184 et 486; V, 494; VII, 503; VIII, 590; XII, 79; XIV, 588, 589; XVIII, 702, 719.)

L. THOMAS.

Milzabscesse nach Febris recurrens (Abcès de la rate à la suite de la fièvre récurrente), par PETROWSKY (*Deut. Archiv für klin. Medicin, Bd. XXVIII, Heft 4 et 5, p.* 391).

Petrowsky n'a pas observé moins de cinq exemples d'abcès de la rate chez des sujets atteints de la fièvre récurrente ou fièvre à rechutes. Deux fois l'abcès s'ouvrit dans l'abdomen pour déterminer une péritonite suraiguë.

Chez la première de ces deux malades, les symptômes de l'abcès de la rate se compliquèrent de ceux d'un érysipèle. Chez le second, l'évolution de l'abcès ne fut troublée par aucune autre complication. Le malade avait eu deux accès types de fièvre récurrente séparés par un intervalle de sept jours d'apyrexie. Le quatrième jour après le second accès, il fut pris de violentes douleurs dans la région de la rate qui persistèrent trois jours avec élévation de la température. Au 14e jour, au moment où on devait relater le troisième accès de la fièvre récurrente, le malade fut pris d'un frisson violent avec nouvelles douleurs dans le côté gauche. La rate se tuméfia jusqu'à re-

monter au niveau de la sixième côte; 7 jours après, le malade succomba à une péritonite par perforation. L'apparition des premières douleurs pendant le stade d'apyrexie démontre que, déjà à ce moment, la rate était le siège d'un travail inflammatoire qui devait s'étendre à l'enveloppe séreuse de l'organe. Quand la fièvre se ralluma il était difficile de savoir ce qui, dans le mouvement fébrile, revenait à la fièvre récurrente et ce qui était le fait de l'inflammation suppurative de la rate.

Chez le troisième malade, l'hypocondre gauche était le siège de douleurs violentes dès le premier accès de fièvre. Ces douleurs persistèrent pendant les trois jours d'apyrexie qui suivirent le premier accès pour disparaître ensuite. Puis se développèrent les adhérences entre la rate, le diaphragme et les poumons. Au 6e jour du second stade d'apyrexie l'abcès se fit jour à travers le diaphragme et les voies respiratoires, et le malade succomba. Cette observation démontre que l'abcès de la rate peut se développer dès le début de la fièvre à rechute, et poursuivre son évolution sans troubler la marche de celle-ci. Kœnig a publié un fait analogue et là aussi, l'abcès se fit jour également à travers les voies respiratoires, 30 jours après le début. Chez les deux autres malades de Petrowky, l'inflammation splénique respecta les organes de voisinage. La fièvre affecta les allures de la fièvre hectique avec frissons répétés, et les malades succombèrent à l'épuisement progressif. L'existence d'un abcès de la rate se révélait par la tuméfaction de cet organe et par des douleurs persistantes dans l'hypochondre gauche, pouvant irradier dans l'épaule du même côté.

Il est impossible de savoir par ces observations si l'abcès de la rate entraîne forcément un pronostic fatal. Toutefois il arrive bon nombre de fois de trouver, sur la table des autopsies, des cicatrices dans le parenchyme splénique, qui parlent en faveur d'abcès antérieurs terminés par résolution. C'est ce qui arrive notamment chez les sujets qui ont eu la fièvre récurrente.

F. LABADIE-LAGRAVE.

GYNÉCOLOGIE.

Quelques remarques sur la contraction physiologique et pathologique du muscle releveur de l'anus chez la femme, par BUDIN (*Progrès médical*, 1881.)

Chez certaines femmes on peut reconnaître à une certaine distance de l'orifice de la vulve une contraction musculaire donnant la sensation d'un cercle, d'un véritable anneau qui se produit dans le vagin ou bien l'on observe un soulèvement de la paroi postérieure du vagin qui est porté en avant et qui se rapproche de la paroi antérieure; on peut y reconnaître la contraction du releveur de l'anus et la distinguer nettement de la contraction du constrictor cunni. L'auteur a fait construire des masses cylindriques en cire à modeler, à l'aide desquelles il a pu démontrer le siège exact du muscle dont il pouvait obtenir la contraction volontaire. Dans certains cas, cette contraction peut être in-

volontaire et aboutir au moment du coït au phénomène du *penis captivus*. Le muscle releveur de l'anus peut être le siège d'une contracture pathologique et douloureuse ; ce qui constituerait par conséquent une variété de vaginisme, vaginisme supérieur. C'est un fait qu'il faudra avoir présent à l'esprit, car il est justiciable d'un traitement différent de celui du vaginisme inférieur. Le releveur de l'anus, soit par le fait d'un accroissement physiologique de sa puissance, soit par le fait d'une contraction, peut mettre obstacle à l'accouchement. Budin en relate plusieurs observations intéressantes. L'anesthésie s'impose dans tous les cas, mais, tandis qu'elle suffit dans la contraction du muscle, elle peut être insuffisante dans la contracture. Elle permettra, dans le premier cas, de faire une application de forceps, tandis que, dans le second cas, elle peut rendre impraticable cette opération et forcer de recourir soit à l'incision de la bride musculaire, soit à la perforation du crâne. On pourrait alors hésiter à porter son instrument perforant sur un enfant vivant. C'est cependant la nécessité à laquelle il semble, suivant M. Budin, qu'on soit quelquefois acculé. Les incisions sur le muscle pourraient s'étendre beaucoup trop loin et devenir le point de départ d'accidents graves pour la mère. PORAK.

De l'examen extérieur de la muqueuse rectale à l'aide du retournement, par TARNIER (*Ann. de gynéc.*, *mai* 1881).

On entrevoit, on devine certaines lésions du rectum plutôt qu'on ne les examine. Chassaignac avait donné un procédé pour explorer avec soin la partie inférieure de la muqueuse. C'est cette méthode qui a inspiré à M. Tarnier son procédé de retournement de la muqueuse rectale. Il n'est applicable que chez les femmes ; il n'exige aucun instrument spécial. On introduit dans le vagin l'indicateur de la main droite dont l'ongle doit être court. L'extrémité du doigt recourbé en crochet, appuie à quelques centimètres au-dessus du sphincter anal ; il est poussé lentement et progressivement d'avant en arrière et de haut en bas de manière à déprimer fortement la cloison recto-vaginale comme pour la faire sortir par l'anus. Sous l'effort produit, bientôt le périnée bombe, l'anus s'entr'ouvre et la muqueuse rectale apparaît. Si l'on continue à pousser dans la direction indiquée ci-dessus, le doigt franchit l'anus de haut en bas et se montre à l'extérieur, coiffé par le rectum qui est retourné en forme de doigt de gant, le retournement se produit sur une hauteur de trois centimètres à partir de l'anus et l'œil explore alors avec la plus grande netteté, aussi longtemps qu'on le désire, toutes les portions de la muqueuse rectale qui vient d'être retournée.

Le plus souvent cette manœuvre n'est pas douloureuse, mais on conçoit que, dans certains cas où la sensibilité est exaspérée, on puisse recourir utilement à la chloroformisation.

A l'appui de la description de ce procédé, l'auteur communique une observation intéressante où il put étudier à loisir une fissure anale qu'on n'eût pas pu examiner autrement dans toute son étendue.

PORAK.

I. — Zur Kenntniss der Hypertrophia Colli uteri supravaginalis (De l'hypertrophie de la portion supravaginale du col utérin), par A. MARTIN (*Zeitschrift für Gynækologie, Band VI, Heft* 1).

II. — Kasuistischer Beitrag zur Lehre der Cervixhypertrophie (Contribution à l'étude de l'hypertrophie du col), par C. FARNER (de Zurich). (*Centralblatt für Gynækologie, n° 24, 1880*).

I. — La portion supra-vaginale du col de l'utérus devient quelquefois, pendant la grossesse, le siège d'une hypertrophie particulière, donnant lieu à un ensemble de symptômes généraux et locaux d'un diagnostic très difficile. L'auteur en a observé 7 cas, dont 2 avaient été pris pour des carcinoses commençantes des ganglions rétropéritonéaux, et 3 pour des phtisies.

Les sujets de ces observations étaient des femmes ayant eu 3 ou 4 grossesses; leur menstruation était depuis quelque temps irrégulière : elles présentaient une dépression notable des forces et un développement rapide de l'abdomen. A l'examen, on constatait une tumeur siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen, de surface lisse, de consistance ferme, nettement fluctuante, extraordinairement mobile au-dessus du détroit supérieur. Pas de souffle ni de bruits du cœur fœtal. Au-dessus de la portion vaginale du col, on sentait par le toucher un corps plus épais, simulant le corps de l'utérus, et rejeté de côté ou en arrière par la tumeur : une mince bandelette semblait, dans 4 cas, réunir la partie supérieure du corps utérin et la tumeur. La muqueuse du col exulcérée ou tuméfiée, saignait au moindre contact. L'emploi de la sonde utérine ne donnait aucun éclaircissement. Le diagnostic n'est possible que par un examen attentif des viscères du bassin : on reconnaîtra alors que les ovaires ne sont pas malades et que la masse en apparence indépendante du col ne peut être (par exclusion) que l'utérus. L'auteur est arrivé dans 5 cas au diagnostic exact. Il n'a pu prendre que 2 mensurations : dans le premier cas, 10 semaines après l'accouchement, l'utérus était long de 9 centimètres 5 dixièmes, dont 5 centimètres pour le col. Dans l'autre, l'utérus, à la 9e semaine après l'accouchement, mesurait 9 centimètres sur lesquels il y avait plus de 5 centimètres pour le col.

II. — Deux observations font l'objet de cette note :

Dans le premier cas (femme de 39 ans, non mariée), l'hypertrophie du col était irrégulière et portait exclusivement sur la lèvre antérieure, qui atteignait l'orifice vulvaire : le reste du col n'était que légèrement augmenté de volume, et le corps de l'utérus était de la grosseur d'une petite orange. Ces modifications de l'organe, ainsi que les pertes blanches fréquentes et les ménorragies abondantes qui se produisaient depuis plusieurs années, indiquaient un état inflammatoire de l'organe : il n'y avait aucun trouble de circulation qui put expliquer cette hypertrophie. En général, l'hypertrophie totale ou partielle de l'utérus vierge reconnaît pour cause des processus inflammatoires.

Dans le second cas (femme de 37 ans), le col hypertrophié offrait les caractères de la dégénérescence vésiculaire décrite par Beigel; l'auteur croit que cette altération est une des causes fréquentes de l'hypertrophie. Ces formations vésiculaires sont l'analogue des œufs de Naboth, et comme ces derniers, ont pour siège les couches profondes de la muqueuse ou le tissu intermé-

diaire à la muqueuse et à la couche musculaire. Dans ce deuxième cas, l'amputation conique de la portion vaginale fut pratiquée et donna un excellent résultat.

H. DE BRINON.

I. — Die Erosion und das Ectropium, sowie über die Herkunft des Cylinderepithels an der Vaginal portion bei Erosion (L'érosion et l'ectropion : l'origine de l'épithélium cylindrique sur la portion vaginale en cas d'érosion), par Carl RUGE (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band* V, *Heft* 2).

II. — Die Erosion und das Ektropium (L'érosion et l'ectropion) par Wilhelm FISCHEL (de Prague) (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 18, 1880).

I. — Dans un mémoire publié en collaboration avec Veit, l'auteur avait combattu la théorie ancienne, qui considère l'érosion comme un processus passif, mettant à nu, sans son revêtement épithélial, le tissu du col avec ses papilles et ses vaisseaux. Ils avaient montré que, dans la plupart des cas, les surfaces érodées possèdent au contraire une belle couche continue d'épithélium cylindrique, qu'elles sont le siège de processus actifs intéressant non seulement l'épithélium, mais le tissu de la muqueuse; et enfin que l'épithélium cylindrique provient des couches profondes de l'épithélium pavimenteux.

Cette théorie nouvelle de l'érosion a trouvé un adversaire dans Fischel, qui, suivant l'auteur, prétend faire revivre l'opinion ancienne. (*R. S. M.*, XVI, p. 554.) L'auteur a donc cru devoir chercher de nouveaux arguments :

1° Si l'on observe les modifications qui se produisent lorsque la muqueuse cervicale a été excisée suivant la méthode de Schruder, on voit l'épithélium cylindrique se développer à la place de l'épithélium pavimenteux et *vice versâ*. Le même fait se produit, au niveau des érosions, lorsqu'elles guérissent. Il n'y a donc pas antagonisme entre ces épithéliums, mais bien au contraire une parenté étroite;

2° Dans deux cas d'hymen imperforé, avec rétention du sang dans le vagin, l'auteur a trouvé sur la face vaginale des lambeaux d'hymen, des plaques recouvertes d'une seule couche d'épithélium cylindrique : il n'est donc pas étonnant que, sous l'influence de l'inflammation, l'épithélium de la portion vaginale redevienne cylindrique, c'est-à-dire reprenne sa forme embryonnaire;

3° Les érosions des nullipares, à orifice externe étroit et nettement tracé, et en particulier la forme purement papillaire, ne peuvent pas s'expliquer par l'ectropion de la muqueuse cervicale : cependant ces érosions sont tapissées par une couche d'épithélium cylindrique;

4° On trouve des érosions complètement isolées du col par un pont d'épithélium pavimenteux; bien que le fait soit rare, il suffit pour établir l'indépendance absolue des érosions avec le canal cervical;

5° Dans les végétations condylomateuses, qui se développent à la limite de la portion et du canal, on trouve des glandes sous l'épithélium pavimenteux.

II. — Répondant à l'article de Ruge, l'auteur dit qu'il n'a pas assimilé l'érosion à un processus passif : l'érosion est bien pour lui, comme pour Ruge, un processus actif : mais tandis que pour ce dernier le processus est limité à l'épithélium, d'après l'auteur, c'est dans le tissu connectif que

se produisent les principales modifications qui caractérisent l'érosion. Le tissu de l'érosion diffère essentiellement du tissu de la muqueuse cervicale normale par le gonflement inflammatoire et par l'infiltration cellulaire du tissu connectif.

Les n° 21 et 25, *Centralblatt für Gynækologie*, renferment deux autres articles sur cette question de l'érosion : les auteurs Carl Ruge et Wilhelm Fischel continuent la polémique sans apporter de faits nouveaux. M. DE BRINON.

De l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité, par PAJOT (*Annales de gynécologie, décembre* 1880).

Pour Pajot, la dysménorrhée serait due à divers degrés de l'excitabilité du tissu utérin, variable comme les individus eux-mêmes, l'étroitesse des orifices n'est qu'une cause occasionnelle, secondaire assez souvent. On ne doit donc chercher la dilatation du col dans la dysménorrhée que dans certaines circonstances. Il en est de même pour la stérilité.

Lorsqu'on se décide à faire la dilatation du col, elle ne doit pas être faite de la même façon dans le cas de dysménorrhée et de stérilité. Elle doit porter dans le cas de dysménorrhée sur les deux orifices interne et externe du col ; dans les cas de stérilité, il suffira toujours de dilater l'orifice externe. Voilà pour le lieu de la dilatation. Quant au mode, la dilatation latérale ou circulaire est indifférente dans le cas de dysménorrhée, c'est la dilatation latérale qu'il faut pratiquer dans le cas de stérilité. La stérilité est la règle lorsque l'orifice externe, rétréci du col, est au sommet d'un cône arrondi sans dépression ou à l'extrémité saillante d'un col très conique, effilé en pointe (col en toupie).

Dans le cas de dysménorrhée on peut employer un dilatateur quelconque, à branches parallèles. On trouvera dans ce mémoire la description et la représentation du dilatateur conseillé par M. Pajot. Dans le cas de stérilité, on doit s'efforcer de dilater l'orifice externe dans le sens transversal. L'auteur insiste très particulièrement sur cette condition. On peut obtenir cet élargissement d'une façon progressive et en prenant toutes les précautions indiquées sans, danger, sans hémorragie, sans déchirure. On ne doit pas recourir à l'incision pour élargir le col, ni aux mèches, tentes, corps dilatants à demeure. Ces moyens exposent parfois à des accidents très sérieux et même à la mort. PORAK.

Vicarious menstruation from a sebaceous tumour of the meatus, par Orne GREEN (*American journal of otology, t. III*, 2, 1881).

Chez une jeune fille de 19 ans, bien portante, qui avait eu 6 mois auparavant des furoncles du conduit auriculaire, il survenait depuis quelques temps des hémorragies par l'oreille droite pendant la menstruation, assez abondantes pour mouiller un mouchoir et répétées. Ces hémorragies faisaient disparaître la céphalalgie qui existait souvent à ce moment. Autrefois, c'était des épisaxis qui se produisaient pendant les règles. Aucune autre anomalie subjective ou objective, sauf une tumeur sébacée grosse comme un haricot sur le plancher du conduit, qui avait augmenté peu à peu de volume

depuis quelques mois. La peau mince et adhérente qui la revêtait était semée de petites taches rouges, traces de l'hémorragie antérieure. L'ablation de la tumeur fit cesser cette hémorragie qui ne se reproduisit pas par le nez; les maux de tête périodiques n'en furent pas augmentés.

L'auteur cite vaguement un second exemple concernant une femme de 30 ans, chez laquelle il existait une destruction de la membrane tympanique. Quelquefois, mais non toujours, il se faisait une hémorragie abondante, mais de courte durée, par la muqueuse mise à nu pendant la menstruation.

R. CALMETTES.

Two cases of chronic inversion of the uterus, par Augur MACDONALD (*Edinb. med journ.*, *p.* 193, *septembre* 1881).

I. — Femme de 22 ans, accouchée le 7 février 1880 : Couches normales, extraction du placenta faite à la main, prématurément, et suivie d'une forte hémorragie. Le lendemain, la garde sentit une tumeur faire issue hors du vagin, et avertit le médecin qui la repoussa dans la cavité vaginale, non sans souffrance et sans hémorragie. La malade se remit graduellement et retourna à Inverness, son pays, le 22 juin : mais là elle fut reprise d'une métrorragie considérable, et pour la première fois on diagnostiqua l'inversion utérine, et on envoya la malade à Edimbourg.

L'auteur commença par appliquer le replaceur de Tait jusqu'au 1er août : l'instrument fut bien supporté, mais une métrorragie grave força d'en interrompre l'emploi.

Le 22 août, avec l'aide de Playfair et d'Underhill, la malade fut chloroformée et des tentatives furent faites pour repousser l'utérus dans sa situation normale. Au bout de 3 heures 1/2, une réduction partielle fut obtenue, et les hémorragies cessèrent, cependant le fond de l'utérus restait encore en contact avec l'orifice du col, et on pouvait se demander s'il ne faudrait pas amputer l'utérus. Dans une seconde séance, on s'aida de l'instrument, d'abord par l'extrémité large, puis par le bout étroit, et l'utérus se trouva cette fois complètement replacé. La malade guérit.

II. — Le second fait concerne une femme de 32 ans, qui avait un prolapsus utérin depuis longtemps. Accouchée 5 ans auparavant, elle avait toujours vu son utérus faire saillie hors du vagin. A deux reprises différentes, les tentatives de réduction sous le chloroforme furent infructueuses. L'utérus restait complètement retourné, congestionné, douloureux, saignant au moindre contact. Des douches vaginales chaudes furent d'abord employées pour réduire le volume de la tumeur utérine : puis une nouvelle opération fut tentée. Dans les efforts de réduction de l'utérus, le vagin se déchira à l'insertion du col, et l'utérus tout entier pénétra dans la cavité péritonéale. Ce ne fut pas chose facile que de l'en retirer; heureusement; aucune anse d'intestin ne vint pénétrer par la solution de continuité, et l'on put amener l'utérus progressivement dans le vagin.

Dès lors il ne resta plus qu'un parti à prendre, celui d'amputer l'utérus, ce qui fut fait séance tenante au moyen d'un écraseur. Malheureusement l'instrument vint à casser, et il fallut achever l'opération avec des ciseaux, ce qui amena une hémorragie, et de grandes difficultés opératoires pour la ligature des vaisseaux. Malgré tous ces contretemps, l'opération réussit et la malade finit par guérir.

L'auteur résume son mémoire en rappelant les principaux traits de l'histoire de l'inversion utérine. Il insiste surtout sur ce que, contrairement à l'assertion des gynécologistes français, jamais le col ne prend part au retournement de l'utérus. Le lieu de la coarctation ne siège pas

au niveau du col, mais au dessus, et à la jonction du col et du corps de l'utérus. Une très bonne discussion des divers procédés opératoires usités pour le traitement de cette infirmité complète le mémoire de Macdonald. H. R.

On inversion of the uterus (De l'inversion utérine), par Lombe ATTHILL (*The Dublin journ. of med. sc., p. 68, juillet* 1881).

Dans ce mémoire, l'auteur s'élève contre l'idée répandue que l'inversion de l'utérus succède presque toujours à l'accouchement ; il croit que le plus souvent elle est causée par la présence d'un corps fibreux sessile inséré au fond de l'utérus. Il n'admet pas non plus la théorie par laquelle l'amincissement même des parois utérines après l'accouchement serait une cause prédisposante d'inversion : cet amincissement n'est nullement prouvé, et, au contraire, il a vu dans un cas la paroi notablement hypertrophiée. Les contractions expulsives de la matrice, par contre, jouent très certainement un rôle prépondérant dans le renversement de l'organe. L'ingestion d'un corps étranger sur le fond de l'utérus, que ce soit un placenta ou un fibrome, provoque, en effet, inévitablement les contractions utérines. L'objection que si cette théorie était exacte on devrait voir l'inversion se produire bien plus souvent après l'accouchement, est plus spécieuse que réelle; car Atthill prétend qu'il est relativement rare de voir le placenta s'insérer exactement sur le fond même de l'utérus : il est ordinairement sur le côté, près d'une des trompes.

Les symptômes de l'inversion utérine sont souvent fort peu marqués. Dans deux cas observés par l'auteur, ce ne fut que plusieurs heures après la délivrance que l'on soupçonna l'accident, en raison d'une hémorragie persistante sans caractère alarmant, du reste. C'est également l'hémorragie qui devient le symptôme prédominant quand l'inversion utérine est due à un corps fibreux, et ceci peut établir un caractère différentiel important d'avec les cas où un polype volumineux fait saillie à travers le col utérin, car alors l'hémorragie diminue notablement.

L'auteur publie un cas fort intéressant de ce genre, où un petit corps fibreux sessile avait été cause de l'inversion de l'utérus. Le fait une fois constaté à l'aide du cathétérisme, il énucléa le fibrome avec la spatule, fit une suture des lèvres de la petite plaie, et repoussa dans le vagin l'utérus retourné, en le maintenant en contact d'un tampon imbibé de perchlorure de fer. La plaie une fois guérie, Atthill s'occupa de replacer le fond de l'utérus dans sa situation normale, ce qu'il fit au moyen de l'instrument d'Aveling, dont il donne la description. (Voir *Brit. med. journ.*, novembre 1879.) Malheureusement cette tentative échoua, et il dut amputer, avec un écraseur, le corps de l'utérus. La malade guérit. H. R.

. — Les varices chez la femme enceinte, par BUDIN (*Thèse agrég. Paris*, 1880).

II. — Des varices pendant la grossesse et l'accouchement, par CAZIN (*Archives de tocologie*, 1880-1881).

III. — Même sujet, par QUEIREL (*Annal. de gynécol., avril* 1881).

I et II. MM. Budin et Cazin ne sont pas d'accord sur la fréquence des varices.

M. Budin a étudié 300 femmes en couches et a obtenu les résultats suivants :

Varices des membres inférieurs { des deux membres 31 ; des deux jambes 8 ; d'un seul membre 35 { à droite 18 ; à gauche 17 }

— des membres inférieurs et des organes génitaux 12
— des membres inférieurs, des organes génitaux et hémorroïdes 1
— des membres inférieurs et hémorroïdes 3
— hémorroïdes seules 10.

Donc, sur 3 femmes enceintes, on trouverait une fois des varices, et les varices des membres inférieurs seraient de beaucoup plus fréquentes.

Cazin, sur 1,659 accouchements qu'il a pratiqués, n'a constaté que 78 fois des varices des membres inférieurs, ce qui établit une proportion d'un cas de varices par 20 à peu près, chiffre sensiblement semblable à celui qui avait déjà été admis par Lesguillon.

Quant aux varices dans les autres régions, les deux auteurs admettent leur rareté. Ils ne s'accordent pas à propos des hémorroïdes.

Budin croit qu'elles sont rares (11/300), Cazin pense au contraire qu'elles sont fréquentes. Cela doit probablement tenir au millieu dans lequel les observations ont été prises. Le premier de ces auteurs indiquant la fréquence des hémorroïdes chez les femmes qui viennent demander assistance à l'hôpital, le second indiquant leur fréquence dans la clientèle privée. Il faudrait peut-être encore distinguer à quel moment de la grossesse ou des couches la supputation des observations a été faite.

A propos des *varices des membres inférieurs*, les deux auteurs étudient l'anatomie pathologique et la symptomatologie des varices en insistant sur les particularités afférentes à leur sujet.

Les varices apparaissent habituellement tardivement, d'autres fois vers le 4e ou 5e mois; elles sont d'autant plus précoces et d'autant plus marquées que la femme à eu plus de grossesses. Exceptionnellement elles disparaissent dans les derniers mois ou apparaissent dès la conception. Cette dernière circonstance présente cet intérêt que certaines femmes affirment qu'elles sont bien enceintes par cela seul qu'elles constatent le développement de leurs varices. Le médecin ne doit cependant pas accorder à ce signe autant d'importance. Cazin mentionne des cas dans lesquels il aurait pu s'induire en erreur.

Les varices deviendraient plus turgescentes dans certains cas au moment correspondant à l'époque menstruelle, pendant le travail (Cazin), par exemple.

Il y aurait lieu de distinguer pendant la grossesse les varices superficielles et les varices profondes. Budin publie une observation de varices profondes et a divisé l'étude de la symptomatologie des varices en deux chapitres ayant trait à chacune de ces deux variétés de lésion.

On observe les varices surtout de 22 à 23 ans et non pas chez les femmes âgées; elles sont rares au-dessous de 19 ans. L'influence de la multiparité est bien nette. On les trouve dans 22,5 0/0 chez les primipares et dans 44,5 0/0 chez les multipares (Budin). La profession a aussi quelque importance: on les observe chez la moitié des blanchisseuses

chez les 2/5 des cuisinières, chez le 1/5 des lingères. La direction de l'utérus, le développement exagéré du ventre ne paraissent pas avoir d'influence sur la production des varices. Cazin accorde une certaine importance au tempérament et une importance incontestable à l'hérédité.

La pathogénie des varices est très obscure, les deux auteurs sont d'accord pour montrer l'insuffisance de toutes les théories qui ont été successivement mises en avant. Les causes en sont très certainement multiples, elles ont une action plus ou moins marquée suivant les sujets et les circonstances, et dans l'état actuel de la science il est difficile de déterminer ce qui, dans chaque cas particulier, appartient à chacune d'elles.

Une complication assez fréquente et très redoutable des varices est leur rupture. Les deux auteurs en publient des observations inédites. Ils en montrent la gravité. Cazin en étudie assez longuement les causes. Budin mentionne l'infiltration du sang dans les tissus (hémorragie interne), qui est rare.

La phlébite est rarement observée pendant la grossesse : adhésive, elle peut aboutir à la guérison radicale des varices; suppurée, elle aboutit à l'embolie ou à l'infection purulente. Cette forme grave est observée surtout pendant les couches. C'est un point qui a été abordé par Cazin. Pour cet auteur, l'existence des varices aux membres inférieurs peut déterminer en cette région la localisation des manifestations de l'infection puerpérale. La *phlegmatia alba dolens* peut se produire par cela et pour cela seulement qu'il y a des varices. La phlébite des varices profondes pendant les couches n'a pas été étudiée, l'auteur en donne deux observations. La phlébite des varices superficielles peut survenir comme un épiphénomène, une manifestation terminale au milieu du cortège effrayant des lésions se rattachant à l'infection puerpérale. Elle n'est le plus souvent alors que l'expression d'un état dyscrasique grave, elle ne résulte pas de la propagation directe des veines utérines aux veines superficielles. La phlébite peut être primitive et constituer une manifestation de l'infection puerpérale, ou bien ne dépendre en aucune façon d'une cause aussi générale; elle peut aboutir à un processus adhésif ou de suppuration. Dans l'un des cas, le pronostic est favorable, dans le second, il peut être très grave et déterminer l'embolie ou l'infection purulente.

Les varices de la vulve et du vagin, du col utérin, des ligaments ronds et des ligaments larges, de la vessie et de l'urètre sont ensuite l'objet des considérations des deux auteurs. Ils passent en revue le symptomatologie et les complications de ces lésions. Nous nous bornerons à citer encore dans ces cas la fréquence des ruptures et la gravité des hémorragies qui peuvent en être la conséquence. Elles sont rares, il est vrai, au col de l'utérus ; mais il en existe quelques observations (Murray). Le diagnostic de la rupture des varices du col et du vagin est assez difficile. On peut confondre ces hémorragies avec celles qui proviennent de l'utérus, en particulier à la suite de l'insertion vicieuse du placenta.

La rupture des varices vulvaires est beaucoup plus commune et peut survenir à la suite du traumatisme le moins important, par exemple un

rapprochement sexuel, tandis qu'elle est rarement observée à la suite de l'accouchement (2 observations). Elle peut encore être spontanée.

Parmi les complications de ces varices, les auteurs admettent que l'on doit comprendre quelquefois le thrombus de la vulve, quoique le plus souvent il résulte d'un autre mécanisme. Le thrombus du col ne semble pas reconnaître cette origine.

M. Cazin attribue aux varices des ligaments larges une certaine part dans la phlébite qu'on y observe parfois dans les complications puerpérales.

III. — Rien de particulier à signaler dans ce travail, qui ne soit contenu dans les deux mémoires ci-dessus. Plusieurs observations inédites.

PORAK.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der menschlichen Vagina. Emphysema vaginal (Contribution à l'anatomie pathologique du vagin dans l'espèce humaine. Emphysème du vagin), par EPPINGER (*Zeitschr. f. Heilk., Band I, p.* 369).

Sous la dénomination d'emphysème du vagin, Eppinger décrit une affection que l'on a étudiée sous les noms de colpohyperplasia cystica (Winckel), kystes aériens du vagin (Schröder), vaginite emphysémateuse (Zweifel, Schmolling, Ruge). Elle consiste dans l'agglomération sur les parois du vagin de vésicules aériennes, ayant une dimension très variable, au maximum le volume d'une cerise. Groupées le long des vaisseaux, elles communiquent entre elles, sans présenter jamais de revêtement épithélial, ni aucune enveloppe.

Leur mode de formation est très discuté ; plusieurs auteurs les attribuent à une dégénérescence kystique des glandes ou follicules du vagin. Eppinger s'élève contre cette opinion, en s'appuyant sur les caractères mêmes de l'affection. D'ailleurs, sans nier absolument la présence de glandes dans les parois vaginales, il n'a jamais pu en découvrir. Pour lui, il s'agit ici d'un véritable emphysème du vagin, c'est-à-dire d'une accumulation de gaz dans le tissu interstitiel. Ce gaz est l'air atmosphérique aspiré dans le vagin et pénétrant sous l'épithélium à travers des fissures résultant d'altérations diverses.

Il y aurait donc une identité complète, au point de vue pathogénétique, entre cette affection et l'emphysème sous-cutané ou l'emphysème interstitiel du poumon.

L. D.-B.

Ueber Vaginitis exfoliativa und Dysmenorrhea membranacea (De la vaginite exfoliante et de la dysménorrhée membraneuse), par COHNSTEIN (*Archiv für Gynækologie, Band XVII, Heft* 1, *p.* 69).

L'auteur a observé le fait suivant :

S..., institutrice, 32 ans, célibataire, anémique et hystérique, réglée à 17 ans. Menstruation toujours irrégulière; flueurs blanches, métrorragies abondantes depuis 4 ans. La malade dit avoir remarqué dès l'âge de 16 ans, avant le début de la menstruation, l'expulsion de membranes hors du vagin. L'auteur a examiné ces membranes : elles présentent de 1 à 4 centimètres de

longueur, de 1 à 2 centimètres de largeur : elles sont formées de grandes cellules épithéliales plates à un seul noyau, avec des amas de globules sanguins, de loin en loin, dans leurs intervalles : on trouve avec ces membranes des lambeaux, d'un gris blanchâtre, constitués par de la fibrine, et renfermant des globules rouges, des globules blancs, des cellules d'épithélium pavimenteux et des globules graisseux. La muqueuse du vagin est lâche, ramollie, d'un gris rouge, dépouillée, par places, de son épithélium : les membranes se détachent sur la partie médiane des parois antérieure et postérieure du vagin. La portion vaginale et la région voisine de la vulve ne semblent pas prendre part à leur formation au-dessous des membranes qu'on vient de détacher; la muqueuse n'offre pas de rougeur anormale; elle n'est pas saignante; mais on remarque à ce niveau de nombreuses papilles, plus proéminentes que sur le reste de la muqueuse. — L'expulsion des membranes se renouvelle fréquemment, en moyenne 2 fois par semaine, avec des intervalles de 4 à 6 semaines. Le plus souvent on trouve les membranes détachées dans le vagin ; les parties encore adhérentes se laissent aisément décoller avec le doigt ou la pince : ce décollement a lieu sans douleur et sans hémorragie. — Le traitement local, scarification de la portion vaginale, badigeonnage du vagin avec la teinture d'iode, astringents, parut exercer une influence défavorable sur le catarrhe vaginal, et en particulier sur la production des fausses membranes.

Les observations de vaginite exfoliante sont assez rares ; cependant l'auteur croit que cette affection accompagne fréquemment la dysménorrhée membraneuse et est confondue avec elle.

L'expulsion des membranes vaginales est, comme pour les membranes utérines, complètement indépendante de l'époque de la menstruation. Le plus souvent elle accompagne une période dysménorrhéique.

Au point de vue étiologique, la vaginite exfoliante, comme la dysménorrhée membraneuse, dépend, dans la plupart des cas, de causes générales et non de troubles locaux : anémie, chlorose, scrofule, tubercubose et surtout hystérie.

L'auteur insiste sur les rapports qui existent entre l'hystérie et la dysménorrhée membraneuse, sur l'impuissance du traitement local, sur la nécessité de recourir aux moyens qui activent la nutrition, qui améliorent l'état psychique de la malade et qui diminuent l'excès de sensibilité : bromure de potassium à haute dose, seul ou associé à l'iodure de potassium. H. DE BRINON.

I. — Ueber temporäre Erweiterung des Scheidengewölbes (De la dilatation temporaire du vagin), par COHNSTEIN (*Archiv für Gynækologie, Band XVII, Heft* 3, *p.* 504).

II. — Zur Ætiologie der temporären Erweiterung des Scheidengewölbes (Étiologie de la dilatation temporaire du vagin), par PFANNKUCH (de Kassel) (*Archiv für Gynækologie, Band XVIII, Heft* 1, *p.* 150).

I. — La dilatation temporaire du vagin, observée par E. Martin, Haselberg, Fuhrmann, a été rapportée par les observateurs à une contraction active des muscles lisses épars dans les ligaments utérins.

L'auteur en a vu deux exemples remarquables : dans l'un de ces cas, notamment, la dilatation était telle que le liquide des injections restait en grande partie dans le vagin, et y séjournait souvent plusieurs heures,

bien que la malade se livrât à la marche, il ne s'écoulait que lorsque dans le courant de la journée on était obligé d'introduire le spéculum.

Pour l'auteur, la dilatation temporaire du vagin est un phénomène passif, dont les principales causes sont : le relâchement des parois du vagin ; le passage brusque de l'intestin de l'état de réplétion habituel à l'état de vacuité ; la diminution de la pression intra-abdominale ; la disparition de la graisse qui occupe l'entrée du bassin. Lorsque cette graisse vient à disparaître, sous l'influence de la grossesse, par exemple, les veines se dilatent et remplissent l'espace laissé libre par les parties solides résorbées ; si, dans ces conditions, il se produit une métrorragie, les parois vaginales brusquement amincies s'appliquent sur les parois osseuses du bassin : la dilation ainsi produite peut disparaître dans l'espace de 24 heures, lorsque l'hémorragie est dominée et que le riche plexus veineux de la région se remplit d'une nouvelle quantité de sang.

II. — Ayant eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette dilatation du vagin, l'auteur a acquis la conviction que la condition nécessaire pour la production de ce phénomène était l'accumulation d'un liquide dans le vagin ; ce liquide est le plus souvent le sang provenant d'une métrorragie : dans d'autres cas ce sont des liquides d'injection.

L'obstacle qui empêche l'écoulement du liquide peut être l'agglutination des poils de la vulve par le sang coagulé ; le tamponnement, l'étroitesse ou la constriction spasmodique de l'orifice vulvaire ; la saillie exagérée des plis de la paroi antérieure du vagin, ou enfin la simple coagulation du sang dans le vagin. Le relâchement des parois vaginales, la vacuité de l'intestin, la diminution de la pression intra-abdominale, invoquées par Cohnstein, ne sont que des circonstances adjuvantes. Si la contraction musculaire entrait en jeu, comme le veulent E. Martin et d'autres, les liquides contenus dans le vagin devraient s'écouler toutes les fois que l'orifice vulvaire se trouve plus bas que la cavité vaginale : or, il n'en est rien, et si l'on fait écouler les liquides le vagin revient immédiatement sur lui-même. H. DE BRINON.

Ueber die Gascysten der Scheide (Des kystes gazeux du vagin), par A. LEBEDEFF (*Archiv für Gynækologie, Band XVIII, Heft* 1, *p.* 132).

L'auteur laisse de côté les caractères macroscopiques de l'emphysème vaginal ; il n'a rien de nouveau à ajouter aux descriptions qu'en ont donné Braün, Winkel, Eppinger, etc. ; il n'étudie cette affection qu'au point de vue histologique et pathogénique. Des deux cas observés par lui à la clinique du professeur Slawjansky, à Saint-Pétersbourg, il tire les conclusions suivantes :

A) Au point de vue histologique :

1° La muqueuse vaginale présente des dilatations veineuses, remplies d'éléments figurés du sang ou de détritus granuleux ;

2° Les papilles sont hypertrophiées ; leurs capillaires dilatés, leur stroma infiltré ;

3° On trouve dans les papilles des épanchements sanguins récents, avec un beau réseau fibrineux et des globules rouges et blancs remplissant les mailles de ce réseau ;

4° On trouve sur d'autres points ce réseau fibrineux en voie de disparaître, les globules rouges décolorés et la masse appliquée contre l'une des parois de la cavité par les gaz développés dans l'intérieur de cette cavité ;

5° Le plus souvent les parois de ce kyste sont formées de trois côtés par l'épithélium vaginal modifié, et du 4e côté par le tissu connectif de la muqueuse, par le stroma de la papille détruite.

Au point de vue pathogénique, l'auteur combat la théorie d'Eppinger, d'après laquelle le gaz contenu dans les vésicules serait l'air atmosphérique, aspiré par le vagin et refoulé à travers de petites fissures épithéliales jusque dans les intestins du tissu connectif, et surtout le long des vaisseaux. L'auteur est, au contraire, porté à admettre le développement endogène du contenu gazeux des kystes. Le point de départ est, à ses yeux, une congestion passive du vagin, entraînant l'ectasie des veines et des capillaires. Il se forme des thromboses dans les veines, et par suite, des foyers hémorragiques autour des capillaires, et c'est dans ces foyers hémorragiques que se développent des gaz, produits de régression du sang épanché. (Voy. *R. S. M.*, XII, 577.) H. DE BRINON.

Der primäre Scheidenkrebs und seine Behandlung (Le cancer primitif du vagin et son traitement), par Constantin BRÜCKNER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band VI, Heft* 1, *p.* 110).

L'auteur publie quatre cas de cancer primitif du vagin, recueillis à la clinique d'A. Martin, pendant l'année 1879.

Le cancer primitif du vagin se présente tantôt comme une tumeur circonscrite faisant saillie dans la cavité du vagin, tantôt à l'état diffus, transformant le canal vaginal tout entier en une masse rigide.

Il résulte des 26 cas connus (22 réunis par Küstner et ceux de l'auteur), que la plus grande fréquence du cancer vaginal est de 30 à 40 ans, tandis que pour le cancer utérin l'âge de prédilection est de 40 à 50 ans : de plus le cancer utérin n'a pas été observé avant 20 ans, tandis que le cancer vaginal a été observé 2 fois de 15 à 20 ans, une fois à 9 ans (Breisky).

Le point de départ a été le plus souvent sur la paroi postérieure.

Au point de vue étiologique, aucun fait positif.

Les premiers symptômes sont des hémorragies ou l'écoulement d'un liquide ichoreux et sanguinolent, bientôt suivi de phénomènes douloureux.

Pronostic très fâcheux.

Traitement : l'extirpation. Elle doit être suivie de sutures profondes de la plaie, afin d'empêcher la stagnation des liquides dans les anfractuosités de la plaie. H. DE BRINON.

Cases of ruptured perineum (Sept cas de périnéorraphie), par GRANVILLE BANTOCK (*The Lancet, vol. II, p.* 458, 1880).

Dans les 7 opérations qu'il rapporte, et dont la lecture est intéressante à des titres divers, l'auteur obtint un succès complet.

Après avoir avivé les lèvres de la solution, il taille à droite et à gauche deux surfaces cruentées de forme triangulaire se répondant par leur base sur la ligne médiane.

La paroi de l'intestin est suturée isolément avec des fils faits d'intestins de vers à soie (crins de Florence). Ces fils ont le grand avantage de ne pas irriter les tissus ; non seulement on n'est pas obligé d'enlever ces sutures plus ou moins hâtivement, mais même on peut les laisser disparaître par résorption (?). Ainsi se trouve assurée la résistance de la paroi rectale.

Pour le périnée proprement dit, on applique de 4 à 6 sutures métalliques profondes simples. Les sutures enchevillées sont douloureuses et amènent du gonflement.

Il ne faut pas provoquer la constipation par l'emploi de l'opium. On s'expose, en agissant ainsi, à voir la cicatrice céder pendant le passage d'un bol fécal trop dur. On se contentera d'avoir assuré la vacuité des intestins par les moyens appropriés pendant les jours qui précèdent l'opération.

Le 4e jour on donne un léger laxatif. Une pilule de 65 milligrammes, contenant parties égales d'extrait de coloquinte et de jusquiame, est prise toutes les quatre heures jusqu'à effet. V. CAMPENON.

OBSTÉTRIQUE.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

I. — **Uber Cervicalschwangerschaft (Grossesse cervicale), par Wilhelm SCHÜLEIN** (*Zeit. f. Geburtsh. u. Gynæk., Band III, Heft 2, p. 408*).

II. — **Zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft (Deux cas de grossesse extra-utérine), par E. FRÄNKEL** (*Arch. f. Gynæk., Band XIII, Heft 2, p. 249*).

III. — **Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Tubarschwangerschaft, par E. FRÄNKEL** (*Arch. f. Gynæk., Band XIV, Heft 2, p. 196*).

IV. — **Zur Lehre von der Graviditas interstitialis, par G. LEOPOLD** (*Arch. f. Gynæk., Band XIII, Heft 3, p. 355*).

V. — **Rapport sur un cas de grossesse extra-utérine observée par Warnant, par PIGEOLET** (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique, t. XV, n° 1*).

VI. — **A case of extra-uterine pregnancy, par James HASSLER** (*New York med. journal, avril 1881*).

VII. — **Zur Lehre von Eierstocksschwangerschaft (Étude de la grossesse ovarienne), par Leopold LANDAU** (*Arch. f. Gynæk., Band XVI, Heft 3, p. 486*).

VIII. — Zur Casuistik der Ovarialschwangerschaft, par Otto SPIEGELBERG (*Arch. f. Gynæk., Band XIII, Heft* 1, *p.* 73).

IX. — Zur Lehre der Extrauterinschwangerschaft, Graviditas ovarialis, par F. PATENKO (*Arch. f. Gynæk., Band XIV, Heft* 1, *p.* 156).

X. — Ueber echte und fälschlich sogenannte Lithopœdien (Lithopédions vrais et faux), par Frederic KÜCHENMEISTER (*Centralbl. f. Gynæk., n°* 22, *octobre* 1880).

XI. — Zur Feststeltung der Indicationen für die Gastrotomie bei Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter (Indications de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine), par C. LITZMANN (*Arch. f. Gynæk., Band XVI, Heft* 3, *p.* 323).

XII. — Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft, par M. HOFMEIER (*Zeitsch. f. Geburts. u. Gynæk., Band V, Heft* 1, *p.* 112).

XIII. — Extra-uterine pregnancy; operation, recovery, par George YOUNG (*American journal of med. sc., avril* 1880).

XIV. — Ein durch Laparotomie entferntes Lithopœdien (Extraction par la laparotomie d'un fœtus ayant subi la dégénérescence calcaire), par A. MARTIN (*Zeitsch. f. Geburts. u. Gynæk., Band III, Heft* 2, *p.* 398).

I. — 1° Le col, plus ou moins distendu suivant le mois de grossesse, prend une forme sphérique, et l'on reconnait au-dessus de lui le corps de l'utérus rétracté. Dans la plupart des cas, le col n'a pas l'aspect normal;

2° La grossesse cervicale est toujours secondaire; l'œuf s'est primitivement développé dans l'utérus; puis, à une époque difficile à déterminer dans la pratique, a glissé dans le col. Peut-il continuer à s'y développer? l'auteur penche pour l'affirmative.

3° Les causes les plus fréquentes sont l'étroitesse anormale de l'orifice externe, l'occlusion cicatricielle de cet orifice, la rigidité, la déviation très prononcée en arrière et en haut du col: la grossesse cervicale peut encore se produire alors qu'il n'existe aucune de ces causes; lorsque, après l'avortement, l'œuf reste rattaché à l'utérus par un pédicule, il suffit que le col ait une consistance un peu ferme pour s'opposer à son passage dans le vagin.

4° La thérapeutique consiste à extraire l'œuf, dont le complet développement n'est pas possible. Lorsque le doigt ne suffit pas, on a recours aux incisions latérales.

II. — Dans ces deux observations, le siège de la grossesse était la trompe utérine : l'auteur en fournit les preuves suivantes, constatées à l'autopsie :

1° Rapport du ligament large avec le sac : le sac fœtal est enveloppé par les deux feuillets du ligament large qui se réunissent à sa face supérieure, et se laissent détacher facilement sauf à la surface postérieure;

2° Communication de la portion utérine de la trompe avec le sac : le canal tubaire mesurait, depuis l'orifice jusqu'au sac où s'arrêtait la soie, 1 centimètre 5 dixièmes dans le premier cas, 4 centimètres dans le second;

3° Existence d'une couche musculaire lisse à la face interne de la paroi du sac.

La première observation concerne une femme de 35 ans et présente les particularités suivantes :

1° Apparition, peu avant la mort, d'une amaurose : ce fait signalé dans les cas d'hémorragies abondantes, est fréquent, d'après l'auteur, dans les cas mortels de grossesse extra-utérine, alors même qu'il n'y a pas d'hémorragie interne;

2° Siège de la grossesse dans la trompe droite : la plupart des faits connus se rapportent à la trompe gauche, ce qui s'explique par la prédominance des inflammations pelviennes à gauche;

3° Rupture du sac au quatrième mois, l'âge du fœtus étant établi par sa longueur 0,11 centimètres, et son poids = 55 grammes. Or Necker, sur 45 cas, a noté 26 fois la rupture au deuxième mois, 11 fois au troisième et 7 fois au quatrième : la rupture au quatrième mois paraît donc être l'exception.

La seconde observation concerne une femme de 33 ans : le sac fœtal occupait la trompe gauche; le fœtus mesurait 5 centimètres de longueur; son cordon, 2 centimètres.

Cette femme était atteinte d'une inflammation étendue des feuillets viscéral et pariétal du péritoine, appartenant à la forme décrite sous le nom de péritonite chronique hémoragique. Cette péritonite était, aux yeux de l'auteur, la lésion primitive et le point de départ de toutes les autres complications. Il y avait, en outre, hxdronéphrose très développée à droite et un commencement de dilatation du bassinet gauche, et enfin hématocèle rétro-utérine occasionnée par la rupture de la trompe utérine gauche, dans laquelle s'était développé le sac fœtal.

La cause de la grossesse extra-utérine, qui avait échappé aux investigations dans la première observation, était dans celle-ci l'inflexion de la trompe gauche, qui, à partir de son origine, se repliait sur la face postérieure de l'utérus jusqu'à son bord droit; cette déviation, due à la péritonite chronique, permettait, suivant l'expression de Spiegelberg, la migration du sperme jusqu'à l'ovule, mais s'opposait à la migration de l'ovule fécondé, et par conséquent grossi, jusqu'à l'utérus.

III. — L'observation de Fränkel est remarquable au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Il concerne une femme de 34 ans, ayant eu deux accouchements normaux, dont le dernier avait été suivi de phénomènes péritoniques. Le 5 janvier 1878, cette femme avait eu pour la dernière fois ses règles avec leur force et leur durée habituelles. Le 10 mars, l'auteur voit la malade, et porte le diagnostic grossesse de 8 semaines, avec phlegmon du ligament large gauche. Le 20 avril, l'auteur est rappelé auprès de la malade, qui ne quittait plus le lit, et avait souffert dans l'intervalle de fréquentes coliques et de vomissements sans fièvre. A la suite de ce deuxième examen, deux points lui paraissaient acquis : 1° l'existence de la grossesse; 2° le siège extra-utérin de la grossesse. Un troisième point lui paraît très vraisemblable, c'est le siège de la grossesse dans la trompe utérine gauche.

Dans le cas actuel, le diagnostic était rendu facile par l'observation ininterrompue du fait depuis son début. Fränkel s'appuyait sur le retour, après une courte interruption des règles, d'hémorragies irrégulières accompagnées de violentes douleurs, l'augmentation du volume de l'utérus sans distension notable de sa cavité, l'apparition consécutive à

côté de l'utérus d'une tumeur à accroissement continu, douloureuse, de consistance élastique, fortement vasculaire; l'absence de tout autre signe se rapportant soit à une hématocèle, soit à un exsudat pelvien, soit à une tumeur ovarique, soit à un myome kystique; enfin l'état de vacuité de l'utérus, constaté par la pénétration de la sonde dans sa cavité (10 centimètres 5 dixièmes).

L'auteur était, en outre, porté à considérer la trompe comme étant le siège anormal de la grossesse par la forme de la tumeur, forme elliptique (1er examen); forme en massue, rappelant l'hématocèle ou l'hydrocèle de la trompe (2e examen); par le siège de la tumeur, par son union avec l'utérus, en sorte que toute pression ou traction exercée sur la tumeur se communiquait à l'utérus.

Dans ces conditions, l'auteur résolut de provoquer la mort de l'embryon, afin d'arriver consécutivement à la régression de l'œuf : et dans ce but la ponction du sac fœtal lui parut le moyen le plus efficace et le moins dangereux. Cette ponction fut en effet pratiquée le 27 avril, par le vagin, avec un trocart de 1/4 de centimètre de diamètre. Il sortit 20 grammes de liquide amniotique, puis un jet de sang artériel obligea à retirer l'instrument; dans la nuit du 28 au 29, une membrane munie de villosités, de forme triangulaire, fut expulsée, et l'examen anatomique fit reconnaître une caduque.

Le 17 août, après 8 mois environ de séjour chez elle, la malade revenait avec des phénomènes morbides indiquant une rupture imminente du sac fœtal; l'enfant vivait et avait le volume d'un fœtus à terme. La rupture du sac ayant eu lieu probablement par suite de l'examen de la malade, la laparotomie dut être pratiquée le 19 août : une hémorragie, extrêmement abondante, due à la présence du placenta sur le trajet de l'incision du sac, troubla l'opération. On retira un enfant présentant la taille normale d'un enfant de 8 mois, et qui vécut 24 heures. L'autopsie confirma le diagnostic.

L'auteur insiste sur l'inefficacité de la ponction simple pour déterminer la mort du fœtus, et donne la préférence à la méthode de Friedreich, ponction suivie d'injection de morphine. Mais la mort du fœtus, tout en supprimant le danger de rupture du sac, laisse persister pour la mère le danger de l'infection putride. Le médecin doit donc : 1° ne pas attendre la fin de la grossesse ; 2° pratiquer le plus tôt possible la laparotomie par la voie vaginale, suivant la méthode de Gaillard Thomas, et en s'aidant du galvanocautère. La voie vaginale serait contre-indiquée si l'on reconnaissait, par le toucher, la présence du placenta au pôle inférieur de l'œuf. L'hémorragie est considérée par l'auteur comme le plus grand danger de l'opération.

Si toutefois la grossesse date déjà de 24 semaines ou plus, l'auteur conseille d'attendre la 32e, ou 34e semaine afin de sauver également la vie de l'enfant : vers cette époque, il faudra, dans un but prophylactique, procéder à l'extraction de l'enfant.

IV. — L'observation publiée par Leopold a trait à une femme de 36 ans, atteinte de métrorragies, qui furent considérées et traitées comme se rattachant à un avortement normal. Cette femme fut emportée par la septicémie.

Le sac fœtal occupe le fond de l'utérus ; à droite, il a le volume d'un œuf de poule et offre une déchirure à sa partie supérieure. La muqueuse du col utérin est intacte : sur toute la surface du corps utérin, flottent des lambeaux de caduque vivement injectés : aucune relation n'existe entre la caduque et la tumeur ; il n'y a, en particulier, aucune communication des

gros vaisseaux sanguins. Les gros vaisseaux de la tumeur sont obstrués par des villosités, flottant librement pour la plupart dans leur cavité, ou adhérant par leurs extrémités à la paroi vasculaire. L'auteur considère ces villosités comme de petits îlots placentaires, développés dans l'interstice des faisceaux musculaires. Les parois du sac fœtal sont formées par le tissu musculaire de l'utérus ; les couches internes sont parsemées d'épaisses infiltrations sanguines ; la surface interne du sac est tapissée par un chorion; la déchirure qui occupe le pôle supérieur de la tumeur n'intéresse que les couches superficielles de sa paroi ; la cavité même de l'œuf n'est pas ouverte. Rien d'anormal du côté des ovaires et de la partie libre des trompes; il n'en est pas de même de la portion utérine des trompes. Le canal tubaire gauche présente un coude à angle droit dans son trajet à travers la paroi utérine, et s'ouvre à 1 centimètre de l'angle supérieur gauche de la cavité du corps. A droite, le canal se porte vers la tumeur, et après une brusque flexion à angle droit, se dirige en bas, en s'élargissant pour loger 4 à 5 polypes muqueux allongés, et se perd dans les cavités de l'œuf remplies des masses sanguines. L'arrêt de l'œuf à l'extrémité de la portion utérine du canal tubaire s'explique par la présence de ces petits polypes.

En résumé, dans ce cas, où l'on n'a trouvé ni fœtus, ni amnios, il s'agit, pour l'auteur, d'une grossesse interstitielle au 2e mois. H. DE BRINON.

V. — L. F..., femme de 37 ans, 1 accouchements antérieurs dans de bonnes conditions.

En janvier 1878, époque des menstrues, elle fut en proie à un grand refroidissement ; les règles furent interrompues et ne reparurent plus les mois suivants. Un point douloureux se manifesta dans le bas-ventre et s'étendit à tout le membre inférieur; toutefois la femme ne s'alita pas. L'état maladif persista et elle se crut enceinte.

Le 2 avril L. F..., fut prise subitement d'une douleur abdominale très vive persistante, accompagnée de léger ballonnement du ventre, et de sensibilité à la pression, surtout à droite, vers la région de l'ovaire. Warnant constata seulement un peu d'empâtement du segment inférieur de l'utérus.

Après plusieurs recrudescences, cédant à des applications d'onguent mercuriel, belladone et sangsues et à l'administration du calomel, l'état général alla en s'améliorant jusqu'au commencement de mai. On pouvait sentir une tumeur se dirigeant de l'ovaire droit sur l'utérus douloureuse au toucher.

Le 7 mai, la femme eut une selle liquide très abondante, blanchâtre et ressemblant à du pus. Le lendemain elle rendit par le rectum un fœtus d'environ trois mois et des caillots sanguins, mais sans trace de placenta.

Le 9 mai, évacuation de matière séro-sanguinolente exhalant une odeur infecte. Abdomen très sensible, ballonné; aucun changement du côté de l'utérus, qui augmente un peu de volume les jours suivants.

A la suite de cet accident, il se produisit un catarrhe utérin très rebelle, dont un traitement long et bien suivi fit justice.

L'auteur attache une certaine importance au refroidissement signalé à la date de la dernière époque menstruelle qui a précédé la fausse couche ; il considère ce fait comme ayant pu être le point de départ de l'obstacle apporté au cheminement de l'ovule fécondé vers l'utérus. F. H.

XI.—Une femme de 35 ans, robuste et habituellement bien réglée, présente les signes d'une grossesse dont le début paraissait remonter à la fin du mois de mars 1879. Elle éprouva, en juin et juillet, trois accès de douleurs abdominales violentes qui cédèrent assez vite à de fortes doses d'opium ; la grossesse reprit ensuite son cours normal et continua jusqu'au neuvième mois sans autre accident que des maux de tête répétés. Le moment de l'accident arrivé et les douleurs tardant à se produire, l'auteur pratiqua le toucher vaginal et

ne put découvrir le col utérin; il était caché par une sorte de repli du vagin très tendu et parfaitement lisse. A travers les parois du vagin on sentait facilement un fœtus vivant et convenablement développé. Les moyens médicaux employés pour provoquer le travail ayant tous échoué, et la malade se refusant absolument à toute intervention chirurgicale, le cas fut abandonné à lui-même. Au bout de trois ou quatre jours les mouvements du fœtus cessèrent, et un mois après un écoulement fétide se produisit, qui se renouvela ensuite régulièrement de mois en mois. Le volume du ventre diminua légèrement, et la santé générale demeura parfaite jusqu'au mois d'octobre 1880. A cette époque, les douleurs lombaires et abdominales reparurent, l'appétit se perdit, une fièvre sourde commença à miner la malade, qui succomba le 13 décembre, sans avoir consenti à laisser tenter l'opération césarienne. A l'autopsie, on a trouvé un fœtus à terme, logé dans une sorte de kyste qui occupait le cul-de-sac utéro-rectal et se développait dans la cavité abdominale; les adhérences vasculaires occupaient toute l'étendue du cul-de-sac de Douglas et répondaient à l'insertion du placenta ; une légère déchirure s'était faite du côté gauche et avait amené une infiltration circonscrite du tissu conjonctif sous-séreux, source probable de la septicémie qui avait amené la mort. L'utérus, de volume et d'aspect normal, occupait le plancher du bassin. Il fut impossible de découvrir la trompe de Fallope et l'ovaire du côté droit. H. BARTH.

VII. —La grossesse ovarienne est généralement considérée comme un fait très rare, l'auteur croit, au contraire, qu'elle est relativement assez fréquente, et que la plupart des grossesses abdominales ne sont que des grossesses ovariennes méconnues. Schultze et Hasse (*Archiv für Gynækologie*, B. VIII et IX) ont en effet démontré que les ovaires étaient, à l'état normal, tenus en suspension par le ligament de l'ovaire en arrière contre l'utérus, et recouverts par la trompe et son mésentère ; il en résulte que ces organes sont complètement isolés de la cavité abdominale proprement dite, et que la chute des œufs et du sperme dans cette cavité et le développement de l'œuf fécondé sur un point du péritoine paraissent presque impossibles.

Dans le fait dont l'auteur publie l'observation, il n'y aurait ni participation de l'ovaire à la formation de la paroi du sac, ni union du sac avec l'utérus par le ligament de l'ovaire , caractères considérés par Spiegelberg, comme nécessaires pour le diagnostic de grossesse ovarienne (Voy. *R. S. M.*, XVI, 579) ; mais l'ovaire se trouvait fixé à la face interne du sac fœtal, ce qui ne peut s'expliquer qu'en admettant la fécondation d'un œuf appartenant à la couche la plus superficielle de l'ovaire; cet œuf, en se développant, avait disséqué l'albuginée jusqu'à sa base, et c'était cette membrane qui avait, avec le follicule de Graaf, dans lequel se trouvent l'œuf et les membranes fœtales, formé la paroi du sac , tandis que le parenchyme de l'ovaire restait intact.

Cette observation présente, en outre, à noter :

1° L'apparition, au 8 mois de la grossesse et à la suite de douleurs analogues aux contractions utérines, d'un prolapsus utérin, dû sans doute à l'introduction dans le petit bassin d'une partie fœtale et volumineuse. Après l'extraction de l'enfant par la laparotomie, l'utérus reprit spontanément sa place ;

2° Une modification du manuel opératoire, à laquelle l'auteur attache une grande importance. Avant de vider le sac, l'auteur fixe par une suture les parois du sac aux bords de la plaie abdominale, et évite par ce moyen l'écoulement du liquide amniotique dans la cavité abdominale.

L'enfant était mort et pesait 2,480 grammes. Le placenta fut laissé en place. La moitié supérieure de la plaie, seule, fut suturée ; un drain pénétrait par la partie inférieure ouverte. La malade succomba six semaines après l'opération à une pleurésie fibrino-purulente du côté gauche ; la plaie était en partie guérie, les intestins ne présentaient aucune adhérence.

VIII. — Les seuls signes caractéristiques de la grossesse ovarique sont, d'après l'auteur : l'absence d'ovaire d'un côté ; la présence d'éléments ovariques dans la paroi du sac, l'union du kyste avec l'utérus par le ligament de l'ovaire, la non participation de la trompe à la formation du sac fœtal.

L'observation qu'il publie ne lui semble donner lieu à aucun doute sur le siège de la grossesse dans l'ovaire : elle a trait à une femme de 36 ans, dont la grossesse n'avait offert aucun trouble. A l'époque normale de la fin de la grossesse, une violente péritonite éclata, et l'état de la femme ne laissant plus d'espoir, l'auteur pratiqua la gastrotomie. L'opération fut entravée par une hémorragie très abondante, due à ce que l'incision du sac était tombée sur le placenta. L'enfant fut retiré vivant, et mourant d'athrepsie, à l'âge de 3 mois ; la mère succomba la nuit qui suivit l'opération.

L'autopsie démontra que le sac s'était bien développé aux dépens de l'ovaire droit : en effet, celui-ci manquait ; on trouva dans la paroi du sac des éléments propres de l'ovaire : le sac était uni à l'utérus par le ligament de l'ovaire, et la trompe présentait avec le sac les relations qu'elle a coutume d'offrir avec les grosses tumeurs ovariennes : appliquée sur la face supérieure, elle avait subi une distension extrême dans le sens de sa longueur : elle était perméable sur une longueur de 12 centimètres, et se terminait par un ruban aplati, long de 10 centimètres (frange ovarique).

IX. — Cette note est la description d'une pièce provenant d'une femme de 54 ans, morte de pyémie à la suite de l'amputation d'un pied atteint de carie. L'auteur résume ainsi son travail :

1° Une partie de l'ovaire droit est transformée en une cavité kystique ;

2° Les parois de cette cavité sont constituées par le tissu de l'ovaire, renfermant des follicules :

3° Dans la cavité même se trouvent des débris appartenant incontestablement à un fœtus, et vraisemblablement aussi les restes du placenta.

L'auteur conclut qu'il s'agit là :

1° D'une grossesse ovarienne, non d'un kyste dermoïde de l'ovaire ;

2° Le kyste fœtal était en voie de dégénérescence calcaire.

X. — L'auteur a fait le 3 juin 1880, l'autopsie d'une femme de 88 ans, qui portait un fœtus dans l'abdomen, hors de l'utérus, depuis 57 ans. L'auteur avait suivi le cas de grossesse extra-utérine depuis 1846.

Les altérations que subit le fœtus mort, dans ces conditions, sont très variées. Il peut :

1° Se trouver à l'état libre dans la cavité abdominale, dépouillé de ses membranes, isolé du placenta et du cordon. C'est dans ce cas qu'on le voit se momifier et se recouvrir d'une couche calcaire (pierreuse), qui se dépose immédiatement sous l'épiderme : il y a formation d'un véritable lithopœdion ;

2° Le fœtus peut tomber dans l'abdomen, par suite de la rupture de la poche qui le renfermait, enveloppé dans ses membranes intactes : il arrive alors que les membranes s'incrustent de calcaire, et après la

résorption du liquide amniotique, forment autour du fœtus momifié une capsule solide, pierreuse. L'auteur propose pour cette forme de tumeur fœtale le nom de lithokelyphos (de κελυφος, enveloppe de l'œuf);

3° L'incrustation calcaire peut porter à la fois sur les membranes et sur les parties fœtales, qui étaient contiguës aux membranes pendant la vie du fœtus ;

4° Si les membranes se sont déchirées et appliquées, après l'écoulement du liquide amniotique, comme un vêtement sur le corps du fœtus, ou bien si les membranes, étant intactes, ne subissent pas l'incrustation, les processus qui se produisent sont :

A) Ou la décomposition putride,

B) Ou la résorption des liquides et des parties molles, ne laissant que le squelette,

C) Ou la transformation des parties molles en une masse grasse ou analogue au blanc de baleine : cette masse, en se combinant à des sels calcaires, forme une sorte de savon calcaire.

XI. — Les opérations de laparotomie, pratiquées dans les cas de grossesse extra-utérine, se rangent, d'après l'auteur, en deux catégories essentiellement différentes, suivant que l'enfant est mort ou vivant. L'auteur a eu l'occasion de pratiquer, dans l'espace de 48 heures, deux opérations de laparotomie qui pourraient servir de type à chacune de ces catégories. Dans les deux cas, le produit de la conception s'était développé dans une cavité naturelle, la trompe, et l'état des femmes avant l'opération était relativement satisfaisant, bien que l'une d'elles fût atteinte de pyélonéphrite chronique. Mais, dans le premier cas, l'opération fut pratiquée, l'enfant étant en vie, la circulation placentaire en plein fonctionnement, et le placenta fut abandonné dans l'abdomen ; dans le second cas, l'enfant était mort depuis 11 semaines et demie, les vaisseaux placentaires oblitérés, et le placenta fut enlevé avec la plus grande partie des membranes. Les résultats furent aussi bien différents : dans le premier cas, la température s'élève après l'opération, la décomposition putride se déclare dans le sac et la mort survient par hémorragie ; dans le second cas, aucun phénomène septique, absence de fièvre, guérison après une convalescence régulière.

C'est en se basant sur ces deux faits personnels, et sur 43 observations, puisées pour la plupart aux sources originales, que l'auteur cherche à établir les indications de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine.

La santé de la femme est, en général, meilleure lorsqu'on opère pendant la vie de l'enfant qu'après sa mort; il est vrai que les derniers mois de la grossesse extra-utérine offrent toujours quelques troubles de la santé : symptômes péritoniques, métrorragies irrégulières, dysurie, amaigrissement, affaiblissement; mais il n'y a jamais ces phénomènes de décomposition putride à l'intérieur du sac, dont le retentissement sur l'économie est toujours si funeste.

Le principal danger de l'opération, pendant la vie de l'enfant, réside dans les rapports du placenta et dans l'existence de la circulation placentaire. Une fois sur cinq, en effet, l'incision du sac intéresse le placenta et provoque une hémorragie presque toujours mortelle. Si le placenta n'est pas atteint par l'instrument, il suffit, pour amener l'hémor-

ragie, qu'un décollement partiel ou une déchirure de son tissu ait lieu par suite des manœuvres de l'opération. Et lors même que celui-ci a réussi à éviter tous ces accidents, restent les dangers de l'élimination spontanée qui ne sont pas moins grands. Cette élimination s'accompagne d'une putréfaction dont on ne peut que restreindre les inconvénients à l'aide de la médication antiseptique : elle se fait par lambeaux et très lentement; elle ne commence pas avant le 6e ou 8e jour, et se termine, dans les cas les plus favorables, en une ou deux semaines. L'ablation de chaque lambeau peut donner lieu à une hémorragie foudroyante. D'un autre côté, la vie de l'enfant est loin d'être parfaitement assurée, car sur 10 enfants retirés vivants, 4 seulement ont pu être conservés quelque temps.

La mort du fœtus, dans la grossesse extra-utérine, a pour conséquence immédiate, du côté de la mère, une aggravation de l'état général; puis au bout de peu de temps la décomposition putride se produit dans le sac et des gaz fétides se développent dans sa cavité.

La promptitude d'invasion de ces phénomènes putrides, qui n'ont pas lieu dans la grossesse utérine tant que les membranes restent intactes, s'explique ici par le contact intime des anses intestinales avec le sac; il est à remarquer d'ailleurs que la décomposition se produit moins vite, lorsque les parois du sac sont empruntées au tissu d'un organe tel que la trompe ou l'ovaire, que lorsqu'elles sont de formation adventice. L'oblitération des vaisseaux placentaires s'opère très lentement après la mort du fœtus, et il est presque impossible de déterminer d'une façon certaine le temps que demande cette oblitération; dans les cas de Benicke et de Messner, 10 semaines n'avaient pas suffi; dans le cas de Horwitz, trois mois après la mort du fœtus, l'extraction du placenta ne put avoir lieu sans hémorragie.

De ces connaissances, l'auteur tire les conclusions suivantes, au point de vue de l'opération :

Si le médecin est appelé à voir la femme pendant que le fœtus est encore en vie, il devra, par tous les moyens en son pouvoir, retarder l'opération jusqu'au 10e mois de la grossesse. A cette époque, si la grosseur des parties fœtales perçues au palper, et si les qualités du pouls fœtal démontrent que l'enfant est bien développé et viable, si, en outre, l'examen permet de reconnaître avec quelque certitude que le placenta ne se trouve pas sur la paroi antérieure du sac fœtal au niveau du trajet de l'incision, le médecin sera autorisé à entreprendre l'opération. L'apparition des contractions utérines est une contre-indication : il faut, en présence de ces douleurs, redoubler de soins (repos absolu au lit, narcotiques), pour éviter un décollement du placenta et une hémorragie dans le sac.

La rupture du sac vient-elle à se produire, l'imminence du danger où se trouve la mère peut excuser l'opération; mais s'il y a peu de chances de la sauver, et si le fœtus est mort, ou si les symptômes ne sont pas très menaçants, l'auteur recommande l'expectation.

Si la mort du fœtus arrive avant la rupture du sac, l'auteur conseille encore le traitement expectant : l'opération ne devrait être pratiquée que lorsque l'oblitération des vaisseaux est complète; mais aucun signe ne permet d'affirmer qu'il en est ainsi, et ce n'est qu'au bout de 5 à 6 mois

qu'on peut se considérer comme à l'abri de tout danger du côté du placenta; jusqu'à ce moment, la malade doit être environnée des plus grands soins pour prévenir tout accident : repos au lit, bonne nourriture, aération, assurer la régularité des fonctions intestinales : ce dernier point est considéré comme très important au point de vue prophylactique contre la putridité du sac.

Si, malgré toutes ces précautions, il se produit, avant ce délai, des symptômes indiquant que la décomposition putride a envahi le sac, il faudra pratiquer immédiatement l'opération.

XII. — L'auteur publie trois observations de laparotomie pratiquée par Schrœder, pour des grossesses extra-utérines.

1° Grossesse abdominale. — Femme de vingt-neuf ans : dernières règles, le 20 avril 1878. — Le 16 janvier 1879, douleurs subites et violentes dans l'abdomen, cessation des mouvements spontanés, métrorragies irrégulières. — Treize à vingt jours avant l'opération, la cicatrice ombilicale se déchire et laisse échapper un liquide trouble, d'odeur fétide. — Opération le 22 mars 1879. — Extraction d'une enfant bien développée, un peu macérée : hémorragie abondante en détachant le placenta. Drainage vaginal par l'espace de Douglas. — Le 18 mars 1879, la malade sortait guérie;

2° Grossesse tubaire. — Femme de quarante et un ans. Dernière menstruation, milieu de juin 1878. — 4 mars 1879, cessation des mouvements spontanés. 22 mars 1879, extraction d'un fœtus de huit mois, commençant à macérer. Le placenta se détache facilement, sans hémorragie. Drainage vaginal. Mort le douzième jour;

3° Grossesse tubaire. — Femme de trente-trois ans. Dernière menstruation, le 1er octobre 1878. — Le 29 mai 1879, extraction d'un enfant vivant : hémorragie abondante provenant du sac, drainage vaginal. Mort de la mère, trente-six heures après l'opération.

Au point de vue opératoire, l'auteur attire l'attention sur les deux points suivants :

1° Lorsque l'enfant est vivant, tout le monde est d'accord pour laisser le sac et le placenta. Lorsque l'enfant est mort, il y aurait un grand avantage à extraire le placenta, qui est un des principaux foyers d'infection : c'est pourquoi, si la mort date déjà de plusieurs semaines, il est bon de chercher à le détacher;

2° L'auteur préconise le drainage du sac par l'espace de Douglas et le vagin, comme le moyen le plus efficace pour prévenir l'accumulation des produits de sécrétion et leur décomposition. DE BRINON.

XIII. — Dans cette observation, courte et peu détaillée, l'auteur rapporte un cas de grossesse extra-utérine, avec ulcération de l'ombilic après la fin du neuvième mois, et issue d'un liquide purulent. — Incision sur la ligne médiane, comme pour l'ovariotomie, et extraction d'un fœtus à terme dont le dos correspondait à la paroi abdominale de la mère, et la tête à la face inférieure du diaphragme. — Le placenta s'insérait sur la région ovarienne droite, les membranes adhéraient à la paroi antérieure de l'abdomen et au diaphragme. — Guérison sans accident. A. CHAUFFARD.

XIV. — Chez une femme, âgée de trente-sept ans, qui avait eu une couche normale trois ans auparavant, l'auteur constate la présence dans l'abdomen d'une tumeur dure, de consistance osseuse, facile à déplacer. Il porte le diagnostic de kyste dermoïde calcifié ; et, sur la demande de la malade, l'ablation par la laparotomie est pratiquée le 15 novembre 1877, avec toutes les précautions antiseptiques. La tumeur, non pédiculée, occupait le bord droit

du détroit supérieur et ne présentait d'adhérences qu'avec l'épiploon. — La réunion de la plaie abdominale eut lieu par première intention, et la malade put retourner chez elle quatorze jours après l'opération.

La tumeur pesait 220 grammes, avait la forme d'une poire et le volume d'un poing d'adulte. La coupe de la tumeur mit à nu un fœtus avec son placenta : il était facile de reconnaître le crâne avec les méninges, la colonne vertébrale, les côtes, le diaphragme, le foie, les intestins, les testicules encore dans l'abdomen. La peau qui recouvrait la cage thoracique était uniformément calcifiée; il en était de même des villosités du placenta. L'amnios et le chorion étaient partout distincts à la périphérie de la tumeur. Le placenta présentait non seulement des parties calcifiées, mais sur certains points un commencement d'ossification. Au microscope on reconnaissait les fibres musculaires, l'épiderme, les poils, etc.

D'après l'auteur, le fœtus s'est primitivement développé dans une trompe, et au quatrième mois, après déchirure de la trompe, l'œuf entier est tombé dans la cavité abdominale, où il a subi la dégénérescence calcaire. Une observation analogue a été publiée par Kœberlé, *Gazette hebdomadaire*, 1866, n° 34. H. DE BRINON.

Case of extra-uterine fœtation simulating obstruction of the bowels, par John WEELER (*The Lancet, vol. II, p.* 170, 1880).

23 ans après une première et unique grossesse, une femme de 44 ans est prise tout à coup, le 6 mars, après l'ingestion de quelques huîtres, de douleurs abdominales violentes avec vomissements. La nuit n'apporte aucun soulagement. Le lendemain, l'état est le suivant : facies anxieux, extrémités froides, claquement de dents, pouls à 140, intelligence nette, sensibilité vive de tout le ventre, absence de miction et de garde-robes, vomissements incessants alternant avec des régurgitations de matière granuleuse, soif vive.

Depuis la fin de décembre elle n'a plus vu ses règles et a senti un certain gonflement des reins ; toutefois, un médecin lui a déclaré, après catéthérisme intra-utérin, qu'elle n'était pas enceinte.

On crut, comme la malade le disait, à une indigestion.

Les symptômes persistèrent en s'accentuant de plus en plus jusqu'à la mort qui survint le 11 mars ; pendant 5 jours on ne put par aucun moyen triompher de la constipation ni des vomissements.

Autopsie. — L'excavation pelvienne est remplie par un vaste caillot noirâtre. Pas de péritonite, mais un léger état poisseux. L'estomac, l'intestin grêle, les reins, le foie, la rate sont absolument sains. A gauche de l'utérus, qui est normal, existe une tumeur ovoïde, rouge foncé, du volume d'un œuf environ et qui paraît être développée aux dépens de l'ovaire. Après lavage et ablation des caillots on reconnaît qu'il s'agit d'une grossesse ovarienne avec rupture de la poche en bas et à droite. L'embryon âgé de 8 semaines environ est bien constitué. Du côté droit les annexes de l'utérus ne présentent rien de particulier. V. CAMPENON.

De l'influence de la grossesse sur la tuberculose, par GOULARD (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1880).

L'auteur, après avoir consacré un préambule assez long à des considérations générales sur la grossesse et sur la tuberculose, aborde son sujet. Sa thèse intéressante est difficile à lire à cause du défaut de divisions et de têtes de chapitres. Il n'a pas non plus donné d'indications

bibliographiques, Il range les opinions des auteurs en trois catégories. La première (Cullen, Larcher, Gubler, etc.) est celle de l'arrêt de la tuberculose pendant la grossesse et de son aggravation pendant les couches; la seconde (Mauriceau, Louis, Stoltz, Grisolle, etc.) adopte l'aggravation de la tuberculose pendant la grossesse; la troisième (Gardien, Capuron, Pidoux, etc.) accepte un temps d'arrêt dans les premiers mois de la gestation et une aggravation dans les derniers mois.

De la discussion des opinions données de part et d'autre et de l'examen des observations résulte que bien certainement il y a aggravation de la tuberculose sous l'influence de la grossesse. L'auteur apporte à l'appui de cette conclusion quelques observations inédites.

La tuberculose est une cause importante de stérilité; aussi ne faut-il pas s'étonner qu'on trouve relativement peu d'observations de tuberculose antérieure à la grossesse; l'auteur n'en a réuni que 32 observations. On observe surtout l'éclosion de la phtisie pendant la grossesse. Sa marche est beaucoup plus rapide qu'ordinairement. L'auteur consacre la plus grande partie de son travail à l'analyse des différents travaux parus sur la matière et à la mention des observations qui lui ont paru les plus intéressantes. Il discute les conditions pathogéniques du développement de la phtisie. Il montre qu'on doit interdire le mariage aux jeunes filles prédisposées ou déjà malades.

Enfin il termine son travail par l'analyse des rares observations de tuberculisation d'autres organes que le poumon. PORAK.

Recherches sur le rythme de la respiration pendant la grossesse et l'accouchement, par P. BAR (*Ann. de gynéc., décembre* 1880).

C'est à l'aide du pneumographe de Marey modifié par Bert, que les expériences qui servent de base aux conclusions de ce mémoire, ont été dirigées.

Pendant la grossesse, si l'utérus est normal, si la femme est bien portante, le diaphragme est pendant la respiration le muscle qui se contracte le plus; c'est encore le principal facteur de l'opération lorsque les malades respirent vite et avec force. Cette conclusion confirme donc les recherches analogues qui avaient été faites par Regnard. Ce dernier auteur avait, en effet, montré, à l'aide de la méthode graphique, que les mouvements d'ampliation du thorax et d'abaissement du diaphragme chez des femmes enceintes de neuf mois et prêtes d'accoucher s'accomplissaient normalement et que chez elles le type de la respiration était abdominal.

Le rythme de la respiration présentant quelques différences pendant la période de la dilatation et la période d'expulsion du travail, offre cependant le même type, il peut être rapproché du rythme de la respiration décrit sous le nom de Cheyne-Stokes.

Dans l'attaque d'éclampsie la méthode graphique montre que les muscles respirateurs sont atteints au même titre que les autres muscles de la vie de relation et que le tracé que enregistre leurs contractions est analogue du moins dans les deux dernières périodes à celui qu'on observe dans la période épileptoïde de l'attaque hystéro-épileptique.

Enfin, l'auteur termine par la relation d'un fait de respiration de

Cheyne-Stokes chez une malade éclamptique, accouchée depuis deux jours et qui n'était pas sous l'influence de l'anesthésie. Il considère ce fait comme un argument nouveau démontrant les rapports intimes qui existent entre l'albuminurie et l'éclampsie des femmes enceintes.

PORAK.

Über die Pulsverlangsamung im Wochenbett und ihre Ursache (Du ralentissement du pouls chez les accouchées, et de la cause de ce phénomène), par R. OLSHAUSEN (*Centralblatt für Gynaekologie*, n° 3, 1881).

Le ralentissement du pouls chez les accouchées avait été signalé par Blot dès 1863. Les recherches de l'auteur confirment l'observation de Blot: sur 348 accouchées, n'offrant ni lésion cardiaque ni affection fébrile, Olshausen en a trouvé 220, c'est-à-dire 63 0/0, dont le pouls ne dépassait pas 60 pulsations à la minute : et sur ce nombre, il y en avait 53 qui ne comptaient que 40 à 50 pulsations, et 3 dont le chiffre des pulsations à la minute variait entre 34 et 40 pulsations.

Le ralentissement du pouls commence, en général, dès le premier jour, souvent dès les premières heures après l'accouchement : il arrive à son apogée du cinquième au septième jour, ou un peu plus tard. Assez souvent il persistait encore le douzième jour, au moment de la sortie des accouchées; dans quelques cas, il n'avait pas disparu trois ou quatre semaines après l'accouchement. Si l'on n'observe pas la température, il peut masquer pendant un demi-jour ou un jour le début de la fièvre chez une accouchée.

Lorsque des accouchées ont eu de la fièvre, il n'est pas rare d'observer le même phénomène de ralentissement du pouls, après la chute de la fièvre, à la fin de la deuxième ou troisième semaine.

Il paraît y avoir une relation intime entre le ralentissement du pouls et l'involution utérine, qui se produit immédiatement après l'accouchement, ou se trouve plus ou moins retardée en cas de paramétrite.

La cause du phénomène est, d'après l'auteur, l'augmentation des principes graisseux dans le sang, augmentation déterminée par l'involution aiguë de l'utérus. L'accroissement normal de graisse dans le sang des accouchées n'a pas été constaté chimiquement; mais il explique et la richesse du premier lait en principes graisseux, et la fréquence des embolies pulmonaires graisseuses chez les accouchées (Wagner). D'autre part, les expériences de Rassmann (Diss. inaug. Halle 1880) montrent que l'injection à petites doses d'huile de foie de morue dans la veine jugulaire d'un chien, a pour effet un ralentissement du pouls, proportionné à la quantité de graisse introduite dans le sang. Le ralentissement du pouls a, en outre, été constaté dans les cas de fractures osseuses.

H. DE BRINON.

Le palper abdominal, par RUDIN (*Progrès médical*, 1881).

Il n'est pas toujours facile de reconnaître la résistance du dos par le palper abdominal. On sait cependant que le fœtus est disposé de telle façon que le dos est courbé. Si on peut exagérer cette courbure, en applique

d'une façon plus exacte la portion dorsale du fœtus contre la paroi utérine et la palpation exercée doucement sur la paroi abdominale permet de reconnaître et de faire reconnaître à des assistants de la façon la plus manifeste la résistance particulière qui caractérise cette région. Si la tête du fœtus est au détroit supérieur, il suffira de rechercher le siège et d'y exercer une légère pression pour obtenir ce résultat. Si la présentation du fœtus est transversale, le dos étant antérieur, il faudra exercer une pression sur la tête et sur le visage pour déterminer une application plus exacte du dos contre la paroi antérieure de l'utérus et enfin contre la paroi abdominale. On sera donc obligé dans ce cas de demander l'assistance d'un aide de façon à pouvoir palper de la main restée libre. Cette manœuvre rend des services incontestables. On peut encore l'utiliser pour obtenir d'une façon plus certaine les résultats fournis par l'auscultation. PORAK.

De l'influence de la déviation de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin, par HIRIGOYEN (*Thèse d'agrég., Paris*, 1880).

La lordose par elle-même n'agirait qu'en modifiant l'inclinaison du bassin. La rectitude de la colonne vertébrale agit aussi sur la direction des axes du bassin; elle détermine l'antéversion. La scoliose détermine un aplatissement plus ou moins marqué de la moitié du bassin vers laquelle s'incline la colonne lombaire déviée. La cyphose rend l'excavation pelvienne infundibuliforme : l'angle sacro-vertébral est effacé, il y a une tendance à l'écartement des parties supérieures du bassin et au rapprochement des parties inférieures. Dans le spondylizème et le spondylolisthésis, on retrouve dans le bassin les altérations propres à la lordose ou à la cyphose.

L'auteur donne la relation des différentes observations connues d'altérations pelviennes consécutives aux déviations de la colonne vertébrale ; il distingue les cas où ces déviations existent isolément, de ceux où il en existe plusieurs à la fois. Enfin leur influence peut encore être modifiée par certains états généraux, le rachitisme, par exemple. Il est alors assez difficile de distinguer ce qui dépend des inclinaisons vicieuses de la colonne vertébrale d'autres causes plus complexes. A l'examen anatomique de ces lésions, l'auteur joint des considérations cliniques; il publie un certain nombre de faits inédits.

Dans un dernier chapitre, il cherche à indiquer les déviations du rachis consécutives aux lésions pelviennes; ce chapitre a d'ailleurs une importance pratique moins grande. PORAK.

De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par POULET (*Thèse agrég., Paris*, 1880).

Cette question est bien connue et elle avait été traitée assez longuement par M. Hergott dans le précédent concours ; il paraissait donc assez difficile d'apporter sur le sujet quelques notions nouvelles.

Au point de vue de l'historique, l'auteur a cependant revendiqué pour De La Motte la priorité de la description de l'hydrocéphalie en tant que

cause de dystocie. On attribuait cette priorité à Smellie dont le traité a paru en 1752. Il est vrai que le traité de de La Motte n'a paru qu'en 1765 ; mais cet accoucheur étant mort en 1737, il s'ensuit que ses observations sont antérieures à celles de Smellie; elles ont même été recueillies en 1704.

A propos de l'étiologie, M. Poulet a mis à contribution les travaux récents de Dareste.

Sans nous étendre sur les renseignements fournis par l'hydrocéphalie proprement dits, indiquons une forme spéciale peu connue que l'auteur a bien mis en relief, c'est l'*hydrocéphalie anencéphalie* (Cruveiller, Billard), bien étudiés en Allemagne sous le nom d'*hémicéphalie*. Cette anomalie est caractérisée par l'épanchement de liquide dans la boite cranienne, le cerveau ayant disparu en partie ou en totalité. L'enfant peut être très bien développé et peser plus de 4,000 grammes mais la tête présente rarement des dimensions très supérieures aux dimensions moyennes. Elle ne cause donc pas ordinairement de dystocies. On voit cette anomalie se reproduire à plusieurs couches successives d'une même femme. Le liquide contenu dans le crâne est très riche en albumine.

A propos de traitement, l'auteur propose pour faciliter le passage de la tête de l'hydrocéphale à travers le bassin d'employer la baguette de Danaries, mais de la fixer avec un lien en caoutchouc qui rendrait les tractions continuelles et aussi énergiques qu'on le voudrait. Ce procédé aurait l'avantage de permettre à la tête perforée de se mouler pour ainsi dire sur l'excavation du bassin et de le traverser par conséquent avec d'autant plus de facilité. PORAK.

Dystocie fœtale spasmodique, par HORWITZ (*Archives de tocologie, novembre* 1880).

Observation unique de difficulté considérable de l'extraction d'un fœtus présentant le siège, dans un cas d'accouchement survenu avant terme, dystocie due à la contraction spasmodique des membres de l'enfant. Le dégagement des membres inférieurs et supérieurs fut très difficile. Les bras étaient fortement appliqués contre la poitrine tandis que les membres se trouvaient contre la paroi abdominale.

Ils étaient d'ailleurs moins développés que normalement. Il y avait un double pied-bot varus et un étranglement annulaire de l'une des jambes.

L'auteur se perd en conjectures pour expliquer cette étrange attitude. Il eut quelque peine à obtenir la rectitude des membres en les redressant graduellement. L'enfant mourut d'ailleurs bientôt.

On ne confondra pas cette cause de dystocie avec l'ankylose des membres ; dans ce cas, les articulations étaient saines. Mais pendant l'accouchement ces deux états présentent le même genre de difficultés.

PORAK.

Recherches cliniques et expérimentales sur la tête du fœtus au point de vue obstétrical, par G. LABAT (*Thèse de Paris*, 1881).

Les tentatives récentes d'opération césarienne après amputation utéro-ovarique (opération de Porro) fournissent l'occasion d'étudier la forme

normale de la tête fœtale. Labat a pu faire cet examen dans deux cas. Il montre que, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, la tête normale du fœtus n'est pas absolument symétrique et que l'une des bosses pariétales est un peu plus développée que l'autre. Mais cette disposition n'est pas assez notable pour être confondue avec les déformations que l'on observe presque constamment après l'accouchement normal. C'est ainsi que lorsque le fœtus présente le sommet, on trouve sur la tête du nouveau né une déformation habituelle, caractérisée par l'aplatissement d'une des bosses pariétales, et sa déviation dans le sens antéro-postérieur aussi bien que dans le sens vertical.

Il s'agit bien d'un aplatissement réel de la bosse pariétale et non pas d'un aplatissement apparent dû à une convexité plus marquée de la bosse du côté opposé. L'auteur admet que la bosse pariétale aplatie est située plus bas et plus en arrière que la bosse du côté opposé, et que cette modification porte sur le pariétal antérieur. S'il s'agit d'une présentation du sommet en O. I. G. A, ce sera donc le pariétal antérieur (pariétal droit) qui sera le siège des déformations que nous venons de signaler. On ne confondra pas cette *déformation pariétale* avec l'*asymétrie originelle* que l'on rencontre sur la tête du fœtus extrait par l'opération césarienne. Cette déformation pariétale se produit artificiellement au moment du temps de rotation de l'accouchement. Elle est probablement d'autant plus accusée que ce mouvement de rotation a été plus long.

L'auteur a abordé dans son intéressante thèse une seconde question, celle de la réductibilité de la tête fœtale et il a fait de nombreuses expériences pour fixer ce point encore discuté. Voici les conclusions qu'il a obtenues :

Si l'on soumet la tête fœtale à des pressions continues de 15 kilogrammes, les déformations s'accentuent dans le premier quart d'heure et n'augmentent pas notablement ensuite, laisserait-on la tête soumise à ces pressions pendant 12 et même 15 heures. La réductibilité est beaucoup plus considérable lorsque la pression s'exerce sur une petite étendue que lorsqu'elle s'exerce sur une large étendue. Dans le second cas on obtient le *chevauchement des os*, dans le premier cas une *déformation par enfoncement*.

On peut obtenir une réduction de 8 millimètres sur le diamètre bi-pariétal, et une réduction un peu plus forte sur le diamètre occipito-frontal.

Si l'on comprime différents diamètres transversaux de la tête, on voit que la réductibilité est d'autant plus accusée que le diamètre est situé plus antérieurement. Il en résulte que le diamètre bi-frontal est plus réductible que le diamètre bi-pariétal. Dans une des expériences de M. Labat, on a trouvé que la réductibilité était encore beaucoup plus nette lorsque les pressions sur la tête n'étaient pas effectuées aux extrémités d'un même diamètre transversal, mais en des points différents. C'est un fait important, car l'on sait que la tête passe au niveau du détroit supérieur d'un bassin rétréci un peu obliquement de telle sorte que les points comprimés correspondant en arrière au promontoire, en avant au pubis ne constituent pas les extrémités d'un diamètre transversal de la tête (bi-pariétal ou bi-frontal).

Enfin si la tête est perforée, la réductibilité suivant le diamètre bi-

pariétal, consécutive à une pression sur une large surface, celle des forceps, par exemple, est peu considérable, et la matière cérébrale qui s'écoule par la perforation est peu abondante. Si, au contraire, la pression est exécutée sur une surface restreinte (action des céphalotribes, par exemple), la réductibilité suivant le même diamètre bi-pariétal est beaucoup plus considérable et la matière cérébrale s'écoule abondamment.

Lorsque la tête est comprimée suivant un diamètre déterminé, une augmentation compensatrice se dissémine sur tous les autres diamètres. La compression du diamètre bi-pariétal détermine cependant une augmentation plus considérable du diamètre occipito-frontal que celle qu'on observe sur ce diamètre bi-pariétal lorsqu'on comprime le diamètre occipito-frontal. Mais lorsqu'on comprime simultanément les deux diamètres bi-pariétal et occipito-frontal, ce sont les diamètres verticaux qui présentent seuls l'augmentation compensatrice.

L'auteur pense enfin que si on saisit obliquement avec le forceps la tête au niveau du détroit supérieur du front d'un côté et l'occiput de l'autre, le diamètre pariétal, et d'une façon plus générale le diamètre transverse, loin de diminuer, perdra la plus grande partie de sa réductibilité.

Ce travail est intéressant, les conclusions obtenues par l'auteur sont basées sur un grand nombre d'expériences consciencieuses et d'observations cliniques. PORAK.

Du diagnostic pendant la grossesse de la présentation définitive de l'extrémité pelvienne, par BUDIN (*Progrès médical*, 1881).

C'est une erreur de croire qu'à la fin de la grossesse, lorsque la partie fœtale est engagée, c'est-à-dire lorsque la présentation est définitive, il s'agisse toujours d'une présentation du sommet. Il y a aussi des présentations définitives du siège. L'auteur en rapporte plusieurs observations, et il montre que dans ces cas des erreurs de diagnostic peuvent être facilement commises. Aussi est-il nécessaire d'étudier minutieusement les caractères différentiels que présente la partie fœtale engagée. Il sera d'autant plus nécessaire de les établir qu'il peut être difficile de reconnaître les caractères de la tête, située alors au fond de l'utérus. Il s'agit, dans ces cas du mode des fesses, de la présentation décomplétée du siège, chez des fœtus en général petits. Le siège engagé est plus molasse, plus irrégulier que le sommet. Il constitue bien une masse arrondie, mais jamais on y constate le plan saillant du front, le plan fuyant de l'occiput, le sillon correspondant à la nuque, qui ne peuvent évidemment ne caractériser que la présentation du sommet. Le toucher vaginal peut aussi fournir des signes différents de ceux qu'on constate lorsque le sommet occupe l'excavation. PORAK.

I. — Ein Fall von Herausreissen der Gebaermutter aus dem Schoosse einer Neuentbundenen (Arrachement de l'utérus chez une nouvelle accouchée), par G. STRICKER (de Dortmund) (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und œffentliches Sanitaetswesen, nouv. série, XXXIII, p.* 35, *juillet* 1880).

II. — **Eine Entbindung mit Verlust des Uterus (Accouchement avec issue de l'utérus arraché de ses connexions ligamenteuses et vaginales, par NIEPRASCH (de Custrin)** (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 27, p. 388, 5 juillet* 1880).

III. — **Zur Casuistik der Pfuschhebammen-Wirthschaft. Zwei gerichtsaerztliche Gutachten (Deux rapports médico-légaux sur des mutilations de matrones ayant entraîné la mort du fœtus et de la mère), par LISSNER (de Kosten)** (*Vierteljahrss. f. gericht. Med. und œffent. Sanitaetsw., nouv. série, XXXIII, p.* 41, *juillet* 1880).

Ce sont là trois faits à rapprocher de ceux d'Ebertz et de Friedberg (*R. S. M.*, XIV, 269). Des matrones, plus ou moins ignorantes, font subir de telles mutilations à l'enfant et à la mère que la mort du premier est constante, tandis que la survie de celle-ci est exceptionnelle.

I. — Femme de trente ans décimipare; sa sage-femme habituelle, bien qu'ayant reconnu une présentation du tronc, déclare n'avoir pas besoin d'un accoucheur. Le col est dilaté dans l'étendue d'un thaler seulement, quand elle pratique, facilement, dit-elle, la version. Elle amène au jour un enfant en état de mort apparente, ne fait rien pour essayer de le ranimer, et ajoute n'avoir rien constaté d'insolite au moment de la délivrance.

Le lendemain, l'accouchée, se trouvant très mal, réclame un médecin qui, sans l'avoir examinée, se contente de prescrire un laxatif. Son état s'aggravant dans l'après-midi, on fait chercher un nouveau médecin qui n'explore non plus ni l'abdomen ni les organes génitaux, et se contente d'une prescription insignifiante.

A un moment, l'accouchée étant prise de douleurs violentes, la sage-femme enfonce sa main dans les parties génitales, tandis que le mari soulève le siège; les cris continuent pendant les quinze minutes que durent ces manœuvres; puis la sage-femme ramène au dehors un objet qu'elle baptise môle. L'accouchée succombe la nuit suivante, environ trente heures après sa délivrance.

Avant l'inhumation, la sage-femme sectionne la prétendue môle qui pendait au-devant de la vulve et l'enfouit dans la terre.

Un médecin l'ayant examinée ultérieurement, constate qu'il s'agit de l'utérus et d'un fragment du grand épiploon. Cette matrice présentait une déchirure.

Autopsie médico-légale : le côlon transverse forme un arc insolite dont la convexité plonge dans le petit bassin ; au sommet de cette convexité, les tuniques intestinales sont déchirées sur une étendue de 8 millimètres. Au niveau de la déchirure, et tout à l'entour, dans une longueur de 14 centimètres, on n'aperçoit plus que des vestiges d'épiploon.

Traces de péritonite récente. Épanchement sanguin de 500 centimètres cubes dans le petit bassin où manque l'utérus ; sur les côtés, on voit les restes des ligaments larges ; les ovaires sont sains. L'emplacement de l'utérus est occupé par un trou qui communique avec la vulve. Sur le côté postéro-droit du vagin se trouve une déchirure, longue de 1 centimètre 1/2, correspondant exactement à la déchirure constatée sur l'utérus déterré.

Le rapport médico-légal de Stricker conclut :

1° La déchirure utérine constatée sur le cadavre de la femme était telle qu'elle doit être considérée comme mettant la vie en danger et capable d'entraîner la mort de l'accouchée, lors même que l'arrachement de l'utérus et de l'épiploon n'aurait pas eu lieu ;

2° La mort de la femme a été hâtée toutefois par ce dernier incident;

3° Dans cet accouchement, en trois circonstances, l'inculpée a manqué de cette prudence qu'on doit avoir dans son métier et qu'on peut exiger d'une sage-femme consciencieuse : *a*) elle a eu tort d'entreprendre une version, après avoir reconnu une présentation du tronc, d'autant plus que les eaux étaient peut-être déjà écoulées, tandis que l'orifice du col était incomplètement dilaté ; *b*) elle a eu tort, après avoir mis au monde un enfant en état de mort apparente, de ne pas appeler un médecin pour essayer de ranimer l'enfant; *c*) elle a eu tort, enfin, d'introduire sa main sans motif dans les organes génitaux de l'accouchée, manœuvre qui a eu pour conséquence l'extraction d'organes qu'elle ne connaissait pas.

A la suite de ce rapport, le parquet, abandonnant les poursuites, transmit le dossier à l'administration, qui a retiré à la sage-femme l'autorisation d'exercer.

II. — Le fait de Nieprasch n'a pas été l'objet d'une enquête médico-légale, mais il n'en est pas moins à peu près unique dans la science.

Septième accouchement d'une paysanne de vingt-neuf ans qui, trois fois déjà, a eu des présentations vicieuses. Cette fois-ci, il s'agit d'une présentation du siège. Lorsqu'on vient chercher l'auteur, la sage-femme a déjà extrait l'enfant, mais elle n'ose, prétend-elle, lier le cordon, parce que l'enfant a une tête de monstre.

Nieprasch arrive deux heures après l'accouchement et trouve la femme baignée dans son sang, le pouls insensible. Entre ses cuisses est un enfant à terme, mort, dont la tête semble constituer une masse informe. Vue de plus près, on reconnaît que cette masse est formée par l'utérus qui coiffe la tête fœtale, en la ceignant étroitement. Distante de la vulve de 7 centimètres, la matrice ne tient plus au corps de la femme que par le ligament rond gauche. De petites dépressions indiquent seules l'emplacement des trois autres ligaments, rompus au ras de leurs insertions utérines. Entre l'utérus et la vulve se trouvent des anses intestinales.

Il est évident qu'en voulant faire la version, la sage-femme, au lieu d'introduire la main dans la matrice, avait perforé les culs-de-sac vaginaux, puis attiré l'utérus privé de ses attaches au vagin. Croyant alors avoir affaire à une monstruosité céphalique, la sage-femme avait redoublé de violence pour terminer l'accouchement, rompu ainsi les ligaments utérins et amené utérus et intestin au dehors.

Nieprasch eut beaucoup de peine à dégager la tête fœtale et le placenta de l'utérus rétracté. Jugeant l'état de la mère désespéré, il s'abstint de toute autre opération. Le lendemain matin, il fut bien surpris de la trouver, non seulement encore vivante, mais dans un état un peu moins alarmant, bien que les pulsations radiales fussent au nombre de 200. Après l'avoir chloroformée, il sectionna le dernier ligament qui retenait l'utérus et réduisit l'intestin.

Malgré des conditions hygiéniques détestables, au bout d'un mois la guérison était parfaite.

III. Dans une ville de Posen, comptant quatre médecins et autant de sage-femmes diplômées, une femme de trente ans, tripare, est accouchée par une matrone qui l'avait déjà assistée. Après avoir extrait un garçon vivant, la matrone perçoit les mouvements d'un second enfant qui se présentait vicieusement. Elle tire sur la partie qui se présentait et amène ainsi la main droite hors de la vulve. Pendant cette manœuvre, se produit un craquement osseux. Puis, aidée du mari, elle tire encore inutilement sur le membre. Alors seulement, elle se décide à appeler un médecin. On sectionne le

minée pont cutané par lequel le bras tenait encore au corps, et on pratique sans grande difficulté la version.

La mère succombait à une métropéritonite septique dans la nuit du troisième au quatrième jour.

Le fragment supérieur de l'humérus fœtal formait une saillie irrégulière de 5 centimètres, et la rupture s'était produite à 6 centimètres au-dessus du coude.

Voici les conclusions de l'expert : l'enfant était à terme et viable; il vivait encore au moment de la naissance de son jumeau. Il a succombé à l'arrachement du bras, résultat de manœuvres contraires à toutes les règles de l'art. Les mêmes manœuvres ont occasionné la mort de la mère. J. B.

De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées, par THÉVENOT (*Ann. de gynécol., nov.* 1881).

Mme B., 24 ans', accouche à terme chez une sage-femme, sans complication, après un travail de 9 heures; elle se lève au 3e jour de ses couches pour qu'on puisse faire son lit. Elle ressent à cette occasion une douleur très vive qui s'irradie dans le bas-ventre, les aines et les reins; envies fréquentes d'aller à la garde-robe. La sage-femme l'engage à quitter le lit le 9e jour. Une fois debout, les douleurs susdites deviennent très aiguës ; insomnie. Au 17e jour de ses couches, le Dr Thévenot reconnaît qu'il y a une rétroversion de l'utérus et en fait la réduction. Guérison rapide.

On trouve dans la science quelques rares observations de rétroversion utérine pendant les couches; cet accident était alors consécutif à la rétention d'urine, d'après l'opinion des auteurs. Au moins la rétention d'urine accompagnait-elle ordinairement la rétroversion, tandis que, dans l'observation actuelle, il n'y eut rien d'anormal du côté des fonctions urinaires. Il est probable que les troubles souvent observés après la levée prématurée pendant les couches peuvent être dus à une rétroversion ordinairement moins accusée et moins grave que dans le cas rapporté par Thévenot. En tout cas, ce fait nous offre un argument pour maintenir le bien fondé de séjour rigoureux au lit après l'accouchement. Il est utile d'indiquer ces faits aujourd'hui que quelques auteurs protestent contre des recommandations qu'ils considèrent comme routinières. PORAK.

Étude sur les polypes placentaires, par MASLOWSKY (*Annales de gynécologie, octobre* 1880).

On trouve à l'autopsie, ou bien on diagnostique au niveau de l'insertion placentaire des saillies appelées improprement polypes placentaires. Ce sont, en effet, 1° de véritables polypes placentaires dus à la rétention du placenta ou des membranes; 2° des hématomes placentaires, formés par des caillots au niveau des anfractuosités du placenta ; 3° une altération profonde de la paroi sur laquelle s'insérait le placenta, en rapport avec l'atonie utérine partielle. Cette dernière variété n'a pas été décrite; l'auteur la désigne aussi sous le nom de polype placentaire ; ce qui contribue à jeter quelque confusion sur la description anatomique qu'il donne de ces différentes lésions.

Les polypes placentaires sont dus à une endométrite déciduale ou à une métrite chronique interstitielle correspondant à l'insertion placen-

taire. Dans le premier cas, il y a adhérence du placenta ou des membranes qui peuvent rester dans la cavité utérine. Dans le second cas, il y a production d'une néoplasie inflammatoire au milieu du tissu musculaire avec dégénérescence graisseuse des fibres musculaires ; alors par la contraction des éléments périphériques sains la partie malade est pour ainsi dire expulsée et fait saillie dans la cavité utérine. Enfin il peut se produire au niveau de la surface du placenta de véritables dépôts de fibrine qui forment caillots (hématome, polype fibrineux).

Les polypes placentaires sont bien plus fréquents dans l'avortement, parce que celui-ci est souvent lié à l'endométrite, et parce que la rétraction rapide du col enferme beaucoup plus fréquemment qu'à terme les débris du placenta, ou gêne l'élimination des portions qui deviendraient étrangères par le fait des lésions dont elles sont frappées. Ils déterminent des métrorragies persistantes, récidivant fréquemment, quelquefois assez abondantes pour devenir très graves. Elles s'accompagnent fréquemment de contractions utérines douloureuses. Les hémorragies apparaissent souvent de bonne heure, elles sont quelquefois précédées de lochies rouges. L'involution utérine se fait tardivement.

Le pronostic est donc grave dans quelques cas et la thérapeutique consiste essentiellement à enlever le polype. On peut être forcé dans ce but d'avoir à dilater le col.

On ne devra pas recourir aux instruments. Le doigt introduit dans la cavité utérine suffira pour éloigner la production pathologique.

Ce travail est accompagné de plusieurs planches représentant les lésions observées. POHAK.

DERMATOLOGIE.

Leçons sur les maladies de la peau, par MORITZ KAPOSI, traduites et annotées par Ernest BESNIER et A. DOYON (2 vol. Paris, 1881).

Les leçons sur les maladies de la peau de Kaposi étant, suivant la remarque des traducteurs, « l'ouvrage le plus récent, le plus original et le plus pratique de la dermatologie allemande», il y avait intérêt à le mettre à la portée du public médical français. Ces leçons ne diffèrent pas quant à l'esprit et à la méthode du grand traité d'Hebra qui reste « le véritable compendium de la pathologie cutanée », mais il présente cet avantage d'être pour les étudiants et les médecins un résumé à la fois *complet* et *concis* de l'état actuel de la dermatologie, telle que l'a comprise le chef de l'école de Vienne, avec les additions nécessitées par les acquisitions récentes faites dans ce domaine.

La traduction du traité de Kaposi mérite donc d'être accueillie avec faveur et cela d'autant plus, que les traducteurs, avec une autorité qu'il

est à peine besoin de rappeler, ont mis en regard du texte de l'auteur un grand nombre de notes qui complètent ou rectifient certaines descriptions et surtout mettent en évidence les divergences qui séparent encore l'école de Vienne et l'école française.

Cette annotation, faite avec une complète indépendance doctrinale et une grande rigueur scientifique, donne à la traduction du traité de Kaposi une véritable originalité; elle en fait en même temps le livre le plus complet que nous possédions actuellement en France, tant au point de vue de l'érudition que de la pratique et de la thérapeutique dermatologique.

Une analyse complète de ce livre n'est pas possible ici; nous devons nous borner à mettre en relief ses principaux caractères. L'histologie normale et pathologique de la peau, base de la classification dermatologique d'Hebra (et avant lui de Rayer) y tient une grande place; les traducteurs, par des additions et des commentaires nombreux, ont démontré que, sur ce terrain, les dermatologistes français n'ont plus rien à envier à l'école de Vienne; de même pour la part importante et prédominante donnée aux procédés mécaniques et aux topiques externes dans le traitement des dermatonoses. Comme son maître Hebra, Kaposi passe à peu près sous silence l'influence des diathèses et des maladies constitutionnelles sur les affections cutanées; à cette négation pure et simple, les traducteurs opposent victorieusement les faits; c'est sur ce point surtout qu'il était intéressant, tant au point de vue doctrinal que des règle générales de la thérapeutique, de présenter en regard des idées allemandes, les traditions toujours vraies de l'école française.

Certains chapitres méritent une attention toute spéciale; nous mentionnerons tout particulièrement les leçons préliminaires sur l'étiologie et la symptomatologie générale des affections cutanées, celles consacrées à l'eczéma, au lupus, aux néoplasmes cutanés, aux affections parasitaires; les développements donnés par l'auteur à ces parties de la dermatologie ne le cèdent en rien comme intérêt aux notes nombreuses et importantes des traducteurs qui ont annexé à l'œuvre de Kaposi le résultat de leur expérience et de leurs recherches sur l'histologie, la nature et la thérapeutique de ces maladies. P. MERKLEN.

Zur Klinischen Charakteristik der Lepra anaesthetica, par ROSENTHAL (*Vierteljarssch. für Dermat. und Syphil., p.* 25, 1881).

Il s'agit d'un cas de lèpre dont Rosenthal fit, à la prière d'Auspitz, l'exploration neuro-pathologique complète.

Le sujet, âgé de 24 ans, était lépreux depuis 10 ans. Il était d'aspect cachectique et présentait des troubles trophiques cutanés musculaires et osseux; atrophie des doigts et des orteils, ulcérations, etc. On le soumit à toutes les explorations usitées en pareille matière; sensibilité, mouvements, réflexes tendineux, réactions galvanique et faradique. La disparition de la sensibilité dans le territoire de certains nerfs spinaux, sa diminution dans les racines et plexus nerveux ainsi que dans certaines parties saines en apparence de la peau du tronc; les troubles progressifs de la nutrition dans la peau et les tissus périphériques, l'atrophie et la paralysie des muscles des mains, la disparition plus ou moins complète de l'excitabilité électrique; l'exaltation des

réflexes tendineux, enfin la fatigue facile des jambes conduisirent à admettre l'existence d'une altération de la moelle spinale.

Entrant à ce propos dans l'étude des lésions révélées par les autopsies connues (Danielssen et Bœck, Virchow, Bergmann, Steudener, Langhans, Tschirjew, etc.), il conclut à l'existence, dans les cas analogues au sien, de deux ordres de lésions : myélite, névrite. Quant à leur subordination, deux hypothèses sont, dit-il, possibles. On peut faire de la myélite une complication secondaire, suite de névrite ascendante ; on peut, au contraire, l'envisager comme la lésion primitive, rattachant la névrite ascendante à un processus secondaire. C'est à cette dernière opinion qu'il se range en se fondant principalement sur les considérations suivantes :

1° Malgré l'existence simultanée de lésions inflammatoires dans les centres spinaux et les nerfs périphériques, le développement centripète ne peut être admis, car la continuité des altérations n'existe pas, les recherches les plus récentes ayant montré l'intégrité des racines postérieures ;

2° L'expérience a montré que les névrites très hyperplasiques ont peu de tendance envahissante.

Pour lui, la lésion de la lèpre est une myélite des cornes grises postérieures (Polyomyélite postérieure chronique). H. DANLOS.

Note sur le siège des parasites de la lèpre, par CORNIL et SUCHARD (*Union médicale*, 29 *septembre* 1881, *in. Soc. Méd. des Hôpitaux*).

Les tubercules lépreux de la peau sont constitués par une infiltration du corps papillaire et du derme cutané par de grosses cellules globuleuses ou aplaties, situées entre les fibres du tissu conjonctif : les papilles, les glandes, les follicules sont atrophiées.

Sur les préparations obtenues après durcissement on ne peut voir les parasites ; il faut pour les étudier, soit dilacérer à l'état frais un fragment de tubercule enlevé sur le vivant : on voit alors dans le liquide les bâtonnets agités de mouvements spontanés de flexion et de torsion ; soit faire subir une série de préparations délicates à des morceaux pris également sur le vivant ; on emploie tour à tour l'alcool de 40° l'alcool absolu, une solution de violet de méthylaniline 5° B., le carbonate de soude de 1 à 4 0/0, l'alcool absolu, l'essence de girofle et le baume de Canada.

On voit alors sur les préparations réunies le protoplasma des cellules rempli de bâtonnets colorés en bleu, disposés en faisceaux ; les diverses couches de l'épiderme ne contiennent aucun microbe.

On trouve aussi des bactéries dans les organes, le foie, entre autres, dont les cellules du tissu conjonctif étaient remplies de ces éléments.

Le fait que les couches épidermiques sont indemnes des parasites et qu'elles s'opposent à leur diffusion, en leur formant une barrière, explique que la contagion soit difficile. H. L.

Case of leprosy of the larynx (Un cas de lèpre du larynx), par George MACKERN (*The Lancet*, 23 *juillet* 1881).

Un Syrien, âgé de 45 ans, avait perdu peu à peu sa force et son énergie et se sentait incapable de tout travail manuel. Bientôt les tubercules lépreux

apparurent, d'abord sur son visage et ses mains, puis dans les aines et ultérieurement sur le dos de la langue; ils se développèrent lentement et sans manifester de tendance à l'ulcération. Pas de démangeaisons, mais perte progressive de la sensibilité des parties affectées. Pendant les derniers mois il avait perdu rapidement la voix, et l'émission des sons était accompagnée d'une sorte de sifflement particulier. La langue devint de plus en plus malade, et les narines se bouchèrent, de manière à gêner beaucoup la respiration. Jamais de toux, ni aucune apparence de désordres viscéraux quelconques.

Quand on l'examina (mars 1881), il offrait l'aspect vieilli et misérable, sa peau était sèche et ridée, et il perdait chaque jour ses forces. Des deux côtés de son nez et de ses joues on voyait un certain nombre de tubercules lisses, arrondis et durs, d'une couleur jaune brunâtre; il y en avait aussi quelques-uns à l'orifice des fosses nasales. Une ou deux seulement étaient ulcérés, les autres offraient une surface lisse et brillante, ou recouverte d'une desquamation brunâtre. Des tubercules analogues se voyaient dans les deux aines, et sur les faces palmaire et dorsale des mains, mais les pieds étaient indemnes. Il y avait de l'anesthésie cutanée aux mains, à la face et à la partie supérieure des jambes. La langue, à sa face dorsale, offrait un aspect remarquable: elle était couverte de tubercules jaunâtres, gros comme des pois, et sillonnée par des ulcérations en forme de fentes nombreuses, mais superficielles. L'isthme du gosier ne présentait pas de tubercules, mais l'épiglotte offrait des lésions tout à fait caractéristiques : elle était élargie et très épaissie, avec des angles arrondis et festonnés. Le tout offrait une couleur pâle et grisâtre, et le long du bord convexe droit on distinguait trois tubercules se détachant nettement sur la surface, les uns jaunâtres, le troisième de couleur orange. Il n'existait point d'ulcérations sur l'épiglotte. A l'aide de la sonde laryngienne, on put constater que toute la surface de l'épiglotte était parfaitement anesthésique : des attouchements répétés ne produisaient ni toux ni action réflexe. La consistance de l'épiglotte était ferme et donnait l'idée d'une infiltration dense. Les tubercules de l'angle de l'épiglotte ressemblaient exactement à ceux de la langue et paraissaient manifestement de nature lépreuse. La déformation épiglottique ne permit pas de bien voir l'intérieur du larynx. On aperçut seulement une petite partie des cartilages aryténoïdes qui paraissaient plus pâles et plus volumineux qu'à l'état normal. H. BARTH.

Sur les altérations des nerfs cutanés dans la pellagre. Note de BÉJERINE (*Acad. des Sciences*, 11 *juillet* 1881).

L'examen des nerfs de la peau de deux pellagreux qui avaient succombé à la Charité, examen fait en enlevant les nerfs de la face dorsale des mains une heure après la mort, et les traitant par l'acide osmique et la dessiccation méthodique, a montré les lésions caractéristiques de la névrite parenchymateuse aux différents degrés de son évolution : l'exanthème pellagreux rentre donc dans la catégorie des altérations de la peau d'origine trophique. Dans les deux cas observés, le nombre si considérable de gaines vides d'une part, comparé au petit nombre de tubes en voie d'altération et des tubes sains, d'autre part, autorise à admettre l'existence d'un processus à marche très lente. M. DUVAL.

Eine Untersuchung über das universale diffuse congenitale Keratom der menschlichen Haut (Recherches sur le kératome généralisé, diffus, congénital de la peau humaine), par KYBER (*Stricker's med. Jahrb.*, *Heft 4*, *p.* 397, 1880).

L'auteur donne la description très complète d'un fœtus de 7 mois et demi, venu au monde avec la lésion connue sous le nom d'ichthyose congénitale, ou mieux de kératome diffus généralisé. Le tégument est remplacé par une sorte de cuirasse blanchâtre, cornée, interrompue par des rides molles rougeâtres ou par de véritables déchirures qu'augmentent encore les mouvements du tronc et des membres.

La lésion anatomique est constituée par l'hypertrophie énorme de la couche de Malpighi et la production simultanée d'une lame cornée très épaisse. Les prolongements épithéliaux interpapillaires, les glandes sudoripares, les cellules épithéliales des follicules pileux prennent part à l'hypertrophie du tégument, tandis que les gaines épidermiques des poils se cornifient, que les glandes sébacées s'atrophient sous l'influence du même processus.

La pression de la cuirasse épidermique a entravé le développement des parties sous-jacentes, et cependant le squelette osseux n'a subi de déformation qu'au niveau des pieds et des mains, les viscères sont restés normaux. La disposition des poils au niveau des parties déchirées, celle des glandes sudoripares à la paume des mains et à la plante des pieds, le prolongement des déchirures à la tête, ces phénomènes indiquent que le processus morbide a débuté avant le quatrième mois, car c'est à la fin du troisième que Kölliker place le début de la formation des poils.

Ce cas doit être rapproché de ceux de Sievruk, Vrolik et Löcherer.

L. GALLIARD.

On the pathology of psoriasis (Pathologie du psoriasis), par George THIN (*Brit. med. Journ.*, *p.* 146, *juillet* 1881.)

L'auteur étudie, après Hebra, Neumann et Robinson, l'histologie du psoriasis.

Le premier point qui frappe en comparant, sous un faible grossissement, les portions de peau saine et celles atteintes de psoriasis c'est le développement considérable des papilles, et du corps muqueux qui pénètre entre les saillies papillaires. D'autre part, ce même corps muqueux, dans les points où il recouvre directement les papilles du derme, est, au contraire, beaucoup plus mince que sur une peau normale, tandis que la couche cornée de l'épiderme acquiert une plus grande épaisseur. A un plus fort grossissement, on voit que la couche profonde des cellules du corps muqueux (dite couche des cellules polyédriques) a subi une atténuation considérable, et qu'elle se transforme très facilement en cellules cornées, c'est-à-dire flétries et d'une vitalité médiocre. Au contraire, les projections intrapapillaires du corps muqueux sont doublées et triplées d'épaisseur.

Les papilles elles-mêmes semblent formées par un travail irritatif qui

consiste à la fois en une multiplication cellulaire et en une diapédèse de cellules lymphoïdes. Chaque cellule intra-papillaire est ainsi infiltrée de sucs, et le noyau est fréquemment vésiculeux. Les vaisseaux sanguins de la papille sont aussi augmentés de volume, ce qui explique la facilité avec laquelle saigne la surface dermique au-dessous des squames du psoriasis. M. R.

Épithéliome de la lèvre inférieure se développant sur un psoriasis de la muqueuse, r LEWIN (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 24, p. 350, 14 juin 1880*).

Malade intéressant, en ce qu'on peut suivre sur lui la transformation cancéreuse de cette affection disséminée de la muqueuse buccale caractérisée par un épaississement de l'épithélium, et tour à tour décrite sous les noms de psoriasis, d'ichthyose, de plaques blanches, etc. (*R. S. M.*, III, 656; IV, 578; V, 196; VI, 194; VIII, 304; IX, 262 et 649; X, 224.)

L'homme présente, en effet, en divers points de l'intérieur de la bouche, ces plaques dites aussi idiopathiques. On les trouve à des degrés différents d'évolution, depuis de simples opacités blanchâtres observées sur la face interne des joues, jusqu'à des indurations cornées qui occupent la langue et la lèvre supérieure.

Malheureusement, le patient ne peut préciser exactement l'époque du début de l'affection, qu'il fait remonter à plusieurs années.

Son cancroïde, ulcéré superficiellement, est recouvert d'une croûte grasse, purulente, de couleur rouge brun.

Tuméfaction dure des ganglions, notamment des sous-maxillaires.

Il y a quatre ans, ce malade a eu une affection vénérienne pour laquelle un médecin lui a fait subir des onctions mercurielles. Cependant il est extrêmement peu probable qu'il ait eu alors un chancre induré; en tout cas, il n'a présenté aucun des accidents secondaires.

Cela n'a pas empêché divers médecins de regarder la lésion de sa muqueuse buccale comme étant syphilitique et de la traiter infructueusement avec des préparations hydrargyriques variées.

Pour aider au diagnostic différentiel, Lewin présente en même temps un malade offrant une manifestation syphilitique sur la muqueuse buccale, complètement analogue à l'ichthyose idiopathique de cette muqueuse.

Langenbeck confirme le diagnostic de cancroïde chez le premier des hommes amenés par Lewin. J. B.

I. — Di alcuni mezzi terapeutici in dermatologia, crisarobina, pilocarpina, etc., par R. CAMPANA (*Giorn. int. delle scienze mediche*, 1880).

II. — Ueber die therapeutische Verwendung des Pilocarpins bei Hautkrankheiten (Emploi de la pilocarpine dans les maladies de la peau), par PICK (*Viertelj. f. Dermatol., p.* 67, 1880).

III. — Chrysophanic acid and psoriasis, par CHARTERIS (*The Lancet*, 23 *avril* 1881).

IV. — Chrysophanic acid, par WYNDHAM COTTLE (*St-George's hosp. Reports, IX, p.* 745).

V. — Traitement topique du psoriasis par l'acide pyrogallique, par CHARRASSE (*Montpellier méd., mai* 1880).

VI. — L'acide pyrogallique dans les affections cutanées, par DOUTRELEPONT (*Berliner klin. Woch., 9 février* 1880).

VII. — L'acide pyrogallique dans le traitement de l'onychogriphose, par R. CAMPANA (*Giorn. delle malattie veneree, fasc.* V, 1881).

I. — L'auteur conclut : La crisarobine est un excellent médicamen dans le psoriasis, où il peut réussir même dans les formes réputées les plus rebelles à son action (P. guttata). Elle peut être utile pour faire résorber les syphilides papulo et tuberculo-hypertrophiques ; l'infiltration inflammatoire qui accompagne les tubercules lupeux et les tubercules eux-mêmes sans provoquer de cicatrice. Dans le lupus, les résultats sont particulièrement favorables si l'on y joint l'abrasion.

Dans la lèpre, elle fait résorber les tubercules et infiltrations maculeuses de date récente sans trouble de la santé générale. Il est logique de conclure que son emploi ne prévient pas les récidives.

L'auteur a employé la pilocarpine en injections sous-cutanées (1 à 1 centigramme et demi) dans deux cas de psoriasis. Dans l'un, effet favorable, dans l'autre, extension et généralisation du mal, éruption furonculeuse. Discutant la raison de cette différence, il arrive à conclure que la pilocarpine ne convient pas dans le psoriasis des jeunes gens à peau bien nourrie, mais dans le psoriasis à la période d'état chez l'adulte, en cas de nutrition défectueuse cutanée et générale, de processus récidivants, d'irritation locale et d'exsudation liquide sous-squameuse.

La pilocarpine lui a paru utile dans un cas de prurigo, dans l'eczéma polymorphe ; sans valeur dans l'alopécie prématurée essentielle on eczémateuse.

II. — Ce remarquable mémoire débute par des considérations intéressantes sur la dose, le mode d'administration (par la bouche ou en injections, à jeun ou 1 à 2 heures après les repas), les différences d'action corrélatives, l'accoutumance par l'emploi prolongé, l'influence sur la santé générale, sur la sécrétion salivaire, les effets nerveux vaso-moteurs et sensitifs, etc. Relativement à la peau, l'auteur dit n'avoir jamais vu la sudation débuter au voisinage de la piqûre. Elle se manifeste d'abord sur le visage, au front, puis sur les aisselles, aux plis de flexion des jointures, à la surface externe des extrémités et enfin se généralise. A la longue, la pilocarpine exerce une influence manifeste sur la sécrétion sébacée et sur la croissance des cheveux. La peau devient souple, onctueuse, veloutée ; au cuir chevelu, les écailles sèches diminuent et tombent ; les cheveux moins secs poussent avec vigueur. Les glandes balano-préputiales fonctionnent activement.

Prurigo. Une première série de malades a été soumise à l'usage de la pilocarpine pour toute médication. Pas de modification dans les symptômes objectifs après 15 jours ; et même, en cas de xérodermie et de pachydermie invétérées, après 3, 4 et 6 semaines.

D'autres malades, prenant chaque jour en deux fois 2 centigrammes de pilocarpine, furent traités simultanément par l'enveloppement dans des

couvertures de laine. Pendant les premiers 8 ou 15 jours, malgré des sueurs répétées et profuses, peu ou pas de sécrétion sudorale sur les points prurigineux. Après 15 jours dans les cas légers et chez les enfants ; après 4, 5 et 6 semaines dans les autres, la sueur se montrait sur les parties malades (membres du côté de l'extension). Même avant l'apparition de la sueur, le prurit était avantageusement modifié et finissait par disparaître. Après un temps variable de 4 à 8 semaines, les autres symptômes : gonflement ganglionnaire, xérodermie, pachydermie s'atténuaient graduellement. Dans les cas légers, toute trace du mal disparaissait ; dans les autres, on voyait persister un léger épaississement du derme. Durée moyenne de la cure, 65 jours ; extrêmes, 84, 105.

De l'aveu de l'auteur lui-même, ces résultats n'ont rien de bien satisfaisant, puisque la statistique des cas analogues traités par lui d'après les règles ordinaires (bains savonneux, caoutchouc, glycérolé d'amidon, etc.) lui donne une durée moyenne de 30 à 32 jours.

La cessation du prurit et les modifications concomitantes de la peau ne doivent pas être envisagées comme un résultat pur et simple de la macération de la peau imprégnée de sueur, car dans dix cas non traités par l'enveloppement le même effet fut obtenu, un peu moins vite, il est vrai, mais sans sueurs profuses. Il faut donc admettre une influence directe de la pilocarpine.

Enfin douze cas furent soumis à un traitement mixte : bains savonneux, pilocarpine et enveloppement dans des couvertures. De plus, frictions avec solution de Vlemingkx, goudron ou glycérole d'amidon. Disparition rapide des symptômes locaux ; le prurit n'était pas plus modifié qu'avec la pilocarpine seule.

Les résultats définitifs ont été les suivants dans 32 cas : Sur 9 malades, pas de renseignements. Sur les 23 autres, récidive dans les 18 mois ; répit maximum, 13 mois, minimum, 4. Aucune de ces récidives n'eut l'intensité des attaques antérieures. Leur époque d'apparition parut aussi considérablement retardée (semaines, mois).

Psoriasis. Employée seule dans 7 cas, la pilocarpine s'est montrée absolument inefficace. Elle ne prévint pas non plus les récidives, car dans 19 autres cas traités simultanément par la pilocarpine et les moyens ordinaires, on eut des récidives au cours même du traitement.

Eczéma. Dans trois cas d'eczéma suintant de la face, résultats mauvais ; sécrétion augmentée, tendance à la généralisation. De même dans 2 cas d'eczéma généralisé. Dans l'eczéma chronique, effet défavorable ; diminution du prurit et de l'infiltration cutanée, 3 cas d'eczéma hémorroïdal rebelle (plusieurs années) furent rapidement guéris.

Prurit cutané. Chez deux vieillards de 65 à 72 ans, atteints d'un prurit généralisé et d'intensité de jour en jour plus forte, les moyens ordinaires de traitement, même l'enveloppement dans le caoutchouc et les bains froids étaient restés sans effet. Sous l'influence de la pilocarpine, détente immédiate. Pendant 15 jours, injections biquotidiennes de 2 centigrammes. Guérison en 4 et 6 semaines. L'un des malades mourut un an après d'une pneumonie sans avoir eu de récidive ; chez l'autre, après 20 mois, le prurit n'avait pas reparu.

Un troisième malade, âgé de 60 ans, éprouva d'abord une améliora-

tion légère, puis, malgré un traitement régulier de 6 semaines de durée, la médication fut impuissante.

Dans un autre cas, chez une femme de 30 ans, atteinte de prurit vulvaire, avec œdème des grandes lèvres et de nombreuses excoriations de grattage au vestibule et au meat, les moyens ordinaires (bains de siège froids, tampons à l'alun et au tannin, pommade saturnine) ne procuraient qu'un soulagement momentané ; l'effet de la pilocarpine fut immédiat ; en 3 semaines cette femme était guérie.

Urticaire chronique. Un seul cas. Homme de 45 ans. Urticaire datant de 6 semaines, prurit violent, insomnie ; inefficacité des moyens ordinaires (T. de Fowler). Pilocarpine administrée à dose de 20 gouttes par jour en deux fois (sol. chlor. de pilocarpine à 1 0/0). Guérison au bout de 8 jours. Pas de récidive après 2 mois.

Pelade. Dans un cas, alopécie complète datant de l'âge de 5 mois chez un enfant de 21 mois, la pilocarpine, jointe à des lotions alcooliques, fut employée sans succès pendant 6 mois. (Pelade?) Dans deux autres relatifs à des adultes, amélioration, mais dans des conditions telles que l'auteur se demande si elle n'est pas l'effet de l'évolution naturelle du mal.

Dans un cas de *trichoptylose*, résultat nul après 3 mois. Le sujet présentait une susceptibilité à la pilocarpine qui avait obligé à l'emploi de doses faibles (00,5) et à des interruptions de traitement.

Dix cas d'*alopécie pityriasique* furent avantageusement modifiés. Les squames devinrent plus grandes, plus huileuses, moins friables et moins abondantes, les cheveux moins secs ; leur chute s'arrêta, ils repoussèrent forts et bien colorés. L'auteur en conclut que dans le cas où l'alopécie n'est ni invétérée ni héréditaire, l'emploi de la pilocarpine peut amener une guérison durable.

III. — Une fille de 17 ans, qui avait été traitée avec succès d'un psoriasis par l'acide chrysophanique trois ans auparavant, avait vu depuis six mois son éruption reparaître, et lorsqu'elle se présenta à l'hôpital de nombreuses plaques argentées couvraient ses genoux et ses coudes ; d'autres plus petites tachetaient sa poitrine et son dos. Un bandage roulé, formé de flanelle ouatée, fut appliqué sur l'un des membres inférieurs depuis la cheville jusqu'à l'aine et convenablement assujetti ; tout le reste du corps fut soumis à des frictions avec une pommade contenant quatre grammes d'acide chrisophanique pour trente grammes d'axonge. Pendant dix jours consécutifs le traitement fut continué ; l'infirmière chargée des onctions les pratiquait avec la main nue et avait chaque jour de trente à soixante grammes de pommade. Au bout de ce temps le bandage fut enlevé, et on vit que sur la jambe qui n'avait pas été frottée les écailles psoriasiques commençaient à disparaître surtout à la circonférence des plaques, laissant la peau blanche et lisse. Huit jours plus tard la guérison était presque achevée, sensiblement aussi avancée que partout ailleurs, et la peau, belle et saine, n'offrait pas la décoloration des parties soumises à l'action directe de l'acide.

L'auteur conclut de ces faits que l'acide chrysophanique possède une action générale, ou tout au moins interne, et qu'il y aurait peut-être lieu de l'essayer à l'intérieur. H. BARTH.

IV. — L'auteur fait l'historique de la poudre de Goa et de l'acide chrysophanique et passe en revue son application au traitement des affections

b) la destruction complète des cellules malpighiennes du centre de quelques colonnes interpapillaires.

c) la disjonction du corps papillaire et de l'épiderme de distance en distance. H. DANLOS.

A case of phtiriasis palpebrarum, par STELWAGON (*Arch. of dermat., juillet* 1881).

La malade était une petite fille de 11 ans, d'assez bonne santé, bien que légèrement anémique. En la regardant à distance, on l'aurait crue atteinte d'une blépharite eczémateuse du bord libre des paupières. En examinant de plus près, on remarquait sur les cils de petits corps arrondis, perlés, transparents, œufs, qui révélaient immédiatement la nature réelle du mal. Chaque cil, en supportait trois ou quatre. Sur la paupière inférieure se voyaient des taches rougeâtres formées par les déjections des pédiculi. En examinant à la loupe on voyait de petits poux fortement accrochés au bord libre des paupières, inférieures surtout. Ces poux appartenaient à l'espèce pubienne, et n'existaient nulle part ailleurs qu'aux paupières, l'auteur dit s'en être assuré par une investigation minutieuse. Au moment de l'examen, le mal datait de deux mois. Il fut impossible de remonter à la source du mal ; l'enfant appartenait à une famille aisée qui ne négligeait pas les soins de propreté.

L'auteur ajoute qu'à Wills-Eye-Hospital, le Dr Morton a vu trois cas semblables. Deux fois les paupières étaient seules atteintes ; dans le troisième cas les sourcils étaient aussi envahis.

Dans ces trois cas le trait le plus frappant du facies morbide était la présence des excréments du parasite sous forme des taches rouges, comme des taches de rouille, disséminées sur les paupières inférieures. H. DANLOS.

Anatomisch-physiologische Vorstudien zu einer Künftigen Onychopathologie (Études préliminaires anatomo-physiologiques pour servir à l'ongcho-pathologie future), par P. UNNA (*Vierteljares. für Dermat. und Syphilis, p.* 3, 1881).

L'auteur insiste sur la nécessité de bien distinguer, au point de vue pathologique, trois éléments essentiels : la matrice, le lit et le plateau de l'ongle.

La matrice est limitée en avant par le bord antérieur de la lunule, et en arrière par le fond du repli unguéal. Elle représente donc une surface elliptique, c'est exclusivement à son niveau que l'ongle prend naissance.

Le lit de l'ongle est la surface épidermique sous-unguéale située au-devant de la lunule. Il supporte l'ongle mais ne lui fournit rien. L'adhérence intime n'empêche pas le glissement de l'ongle à la surface du lit pendant sa croissance. Le plateau, c'est l'ongle proprement dit.

Pour expliquer sa forme aplatie et donner l'idée de sa texture, l'auteur se sert de la comparaison suivante : Supposons, dit-il, une gerbe de blé à épis tous d'égale longueur et dressée verticalement; puis couchée sur le sol par le vent. En s'inclinant à terre elle s'aplatit en couche mince, et la surface épiée se développe en un plan très obliquemeni inclinée sur le corps de la gerbe. Dans cette hypothèse, le faisceau aplati des tiges représente le plateau ou le corps de l'ongle, l'extrémité radiculaire la matrice unguéale et sa forme ovalaire, extrémité épiée, ce que l'auteur désigne sous le nom de plan de stratification de l'ongle (Schichtungsebene). Remarquons, en effet, que les fibres unguéales étant supposées

comme les tiges de blé toutes de même longueur et inclinées parallèlement par la pression du manteau, comme le blé par celle du vent, ne se termineront pas suivant un plan perpendiculaire à l'axe du doigt, mais suivant un plan très incliné d'arrière en avant et de l'extrêmité adhérente vers le bord libre de l'ongle.

C'est là le plan de stratification. Il résulte en outre, de cette conception que les fibres unguéales les plus voisines de la face adhérente tirent leur origine de l'extrémité antérieure de la matrice, et celles de la surface libre du fond même du repli unguéal.

L'auteur développe ensuite les conséquences de son opinion relativement aux atrophies et hypertrophies réelles ou apparentes. Il étudie et figure les déplacements du plan de stratification résultant soit de l'inégale activité des divers points de la matrice, soit de l'obliquité variable de celle-ci par rapport au lit de l'ongle. Comme ces raisonnements ne sauraient être compris sans l'aide des schémas géométriques annexés au texte, nous renvoyons le lecteur aux *Annales de dermatologie* (juillet 1881, n° 3) où le mémoire allemand est presque intégralement reproduit, ainsi que les figures. Nous croyons devoir prévenir qu'il s'est glissé dans l'article français des erreurs de classement et de désignation des figures qu'il sera, du reste, facile de rectifier.

En terminant, l'auteur insiste sur un caractère différentiel général permettant de distinguer les maladies du lit de l'ongle d'avec celles du plateau, ou mieux de la matrice.

Tous les états morbides qui se déplacent lentement et régulièrement dans le sens de la croissance de l'ongle indiquent une affection de la matrice unguéale ; tous ceux qui évoluent sur place dénotent une maladie du lit de l'ongle.

H. DANLOS.

On the etiology and treatment of acne, par Legrand DENSLOW (*The New-York med. Journal, février* 1881).

L'auteur définit l'acné : une affection caractérisée par l'inflammation des glandes sébacées, due à la rétention de la matière grasse, soit par excès de sécrétion, soit par inertie et distension de l'appareil excréteur, soit par la combinaison des deux causes. Partant de cette idée que les fibres lisses de la peau sont l'agent principal de l'expulsion des produits sébacés, il a eu recours à l'ergot de seigle, qu'il administre, dans les cas d'acné invétérée, à la dose de 6 grammes d'extrait fluide par jour, en trois doses, de façon à produire des alternatives de contraction et de relâchement des faisceaux musculaires cutanés. Cette méthode a eu un plein succès : dans deux cas traités exclusivement par ce moyen, l'éruption a disparu en moins d'un mois pour ne plus revenir. On peut rapprocher ces résultats de ceux obtenus à l'aide de l'électrisation localisée.

H. BARTH.

On tinea imbricata, or Tokelan Ringworm (De la teigne imbriquée ou teigne de Tokelan), par MAC CALL ANDERSON (*Edinburgh med. Journ., p.* 204, *août* 1880).

Cette nouvelle affection parasitaire, qui règne à Samoa, à Malacca et dans la Malaisie, passe pour avoir été importée de l'île de Tokelan. Elle

consiste en une série de plaques desquamatives ressemblant, comme apparence générale, à de l'ichthyose, mais disposées de façon à décrire des cercles concentriques. Ces plaques occupent aussi bien les parties découvertes et privées de poils que les parties pileuses ; elles s'accompagnent de rougeur, de démangeaisons et d'irritations de la peau. La contagiosité de cette affection est bien démontrée.

Le docteur Manson a trouvé, dans les squames de cette dermatose, un nouveau parasite qu'il a pu même inoculer ; il a vu ainsi que l'incubation durait à peu près 9 jours. Il en décrit l'évolution qui, dans les premières phases, ressemble assez à celle du favus.

Voici les caractères différentiels qu'il indique entre l'herpès circiné (trichophyton tonsurens) et la tinea imbricata :

Teigne tonsurante. — Envahit la surface du chorion aussi bien que l'épiderme : spores relativement rares, par rapport au mycélium de forme globulaire ; tubes de mycélium généralement courts, à renflements nombreux et à segments irréguliers.

Teigne imbriquée. — Ne pénètre pas au delà des couches superficielles de l'épiderme. Chaînes de spores infiniment plus nombreuses que les filaments du mycélium, de forme ovale, rectangulaire ou irrégulière, très rarement sphériques. Tubes du mycélium généralement longs, droits, exactement calibrés.

L'auteur croit que cette affection parasitaire est la même que celle décrite par W. Mac Gregor, chez les habitants des Nouvelles-Hébrides et des îles Fidji. (V. *Glasgow Med. Journ.*, p. 343, juillet 1876.) H. R.

Zwei Fälle von Elephantiasis Vulvæ (Deux cas d'éléphantiasis de la vulve), par Frederic VEH (*Centralbl. für Gynækologie*, n° 8, 1881).

Dans le premier cas, la tumeur s'était développée chez une femme de 22 ans, scrofuleuse, non syphilitique. La grande et la petite lèvre du côté droit sont réunies en une seule tumeur, mesurant 15 centimètres de longueur, et 8 centimètres de largeur : le clitoris et la petite lèvre gauche sont également réunis en une seconde tumeur plus petite.

La consistance de ces tumeurs est élastique, semi-dure : la coloration varie du bleu au brun rouge : la surface est recouverte de nodules de diverses grosseurs.

Dans le second cas, la tumeur était portée par une femme de 25 ans, syphilitique. Le point de départ est le clitoris qui atteint le volume d'une noix : les petites lèvres droite et gauche, hypertrophiées, ressemblent à des crêtes de coq : la paroi inférieure de l'urètre présente un épaississement du volume d'une noix.

Dans les deux cas, les tumeurs furent enlevées à l'aide du bistouri, et suivant la méthode de Schrœder : incisions à petits coups et ligature des vaisseaux au fur et à mesure. Pansement phéniqué : réunion par première intention.

Les tumeurs examinées au microscope par le professeur E. Klein, présentaient les caractères de l'éléphantiasis non papillaire, avec développement notable du pigment. H. DE BRINON.

Zur Behandlung des Lupus (Traitement du lupus), par E. SCHIFF (*Vierteljr. für Derm.*, 1880, *p.* 247).

Le but de cette communication est de faire connaître les effets avantageux du traitement du lupus, suivant la méthode d'Auspitz, modifiée par l'auteur. La méthode d'Auspitz consistait à pratiquer sur les nodules du lupus des piqûres multiples avec un stylet trempé dans une solution caustique (1 partie d'iode pour 20 de glycérine). Schiff, trouvant que de cette manière le liquide pénétrait mal, a remplacé le stylet plein par une aiguille tubulée emmanchée sur une pipette de caoutchouc durci pleine du liquide caustique. Cinq observations à l'appui :

1° Fille de 18 ans. Lupus tuberculeux non ulcéré, de la grandeur d'un œuf, sur l'avant-bras gauche. Guérison en 3 mois.

2° Fille de 10 ans. Lupus ulcéré et végétant du dos de la main, grand comme une pomme. Lésion analogue à la face interne de l'avant-bras. Après 2 mois, guérison complète au bras ; amélioration considérable à la main.

3° Homme de 23 ans. Lupus très végétant des orteils du pied droit. Guérison en 3 mois.

4° Femme de 38 ans. Lupus érythémateux en papillon de la face. Traitement comparé à droite (pommade acide pyrogallique au 10e), à gauche, piqûres ; supériorité de celles-ci. Pas d'indications sur la durée.

5° Fille de 10 ans. Lupus ulcéré étendu (joue, nez, lèvre, menton). Amélioration considérable après 7 semaines. H. DANLOS.

On ainhum (Sur l'ainhum), par Da Silva LIMA (*Arch. of dermatol.*, *p.* 367, 1880).

Décrite pour la première fois en 1867, par l'auteur, cette affection a une distribution géographique limitée. On ne l'a guère observée que sur la côte occidentale de l'Afrique où elle paraît commune, au Brésil, à Nossi-Bé, à Pondichéry. Elle frappe exclusivement les sujets de race nègre, néanmoins Collas (*Arch. méd. nav.*, 1867), l'a observée à Pondichéry chez des Indiens de race Tamul.

Sur un total de cinquante faits connus, l'affection a toujours, sauf cinq exceptions, atteint exclusivement le cinquième orteil. Dans les cinq cas exceptionnels le quatrième orteil a été frappé seul ou avec le cinquième. Aucune cause connue.

Le mal se caractérise par la production d'une dépression circulaire au côté interne et inférieur de la racine du petit orteil au niveau même du pli digito-plantaire. Ce sillon formé par une bandelette de peau sclérosée se creuse lentement, devient complètement circulaire, et étrangle peu à peu les tissus. Sous cette influence le petit orteil se tuméfie énormément et se déforme. Au bout d'un temps variable, l'étranglement est porté au point que le petit orteil ne tient plus que par un étroit pédicule, ulcéré souvent sur une partie de son contour. A ce moment l'affection en raison des traumatismes inévitables devient douloureuse. L'amputation chirurgicale ou accidentelle (violence, gangrène) de l'orteil malade est la terminaison ordinaire. La durée totale de l'affection varie de quatre à dix ans.

L'examen anatomique de l'orteil enlevé montre qu'au niveau de la ligne

de striction il n'y a plus de substance osseuse. Une section longitudinale permet de constater la disparition complète de la première phalange. La deuxième et la troisième surtout sont moins compromises. — L'étude microscopique révèle l'intégrité presque complète de la peau, l'existence d'un certain degré de raréfaction du tissu osseux persistant, l'altération des ostéoplastes et des cellules cartilagineuses. L'artère collatérale interne a disparu, l'externe subsiste seule. La tuméfaction est produite par l'exubérance du tissu graisseux sous-cutané. L'auteur maintient contre Collas que la maladie diffère essentiellement de la lèpre mutilante; et donne à l'appui les raisons suivantes :

La lèpre attaque les deux sexes : l'ainhum presque exclusivement les hommes.

La lèpre n'a aucune prédilection pour un orteil déterminé; c'est une affection essentiellement générale et extensive; or jamais on n'a vu au Brésil la maladie dépasser le cinquième ou le quatrième orteil; l'ainhum est absolument localisé.

Les bulles pemphigoïdes, l'anesthésie, l'atrophie musculaire sont des complications absolument étrangères à l'ainhum.

Le sillon caractéristique ne se voit jamais dans la lèpre mutilante.

Enfin l'ainhum, dans ses premières périodes, est curable par incision de la bride cutanée. H. DANLOS.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

On the contagious diseases acts (A propos de la prophylaxie des maladies contagieuses) ,par Francis CADELL (*Edinb. med. Journ., p.* 620, *janv.* 1881).

L'auteur critique les mesures législatives en vigueur contre les prostituées à Edimbourg, et formule ainsi ses arguments :

La syphilis ne constitue pas une maladie assez sérieuse pour nécessiter une législation spéciale. En admettant même que des mesures soient nécessaires, celles usitées à Edimbourg n'ont pas un caractère scientifique suffisant pour empêcher la propagation de la syphilis. Les mesures de la police écossaise ne diminuent pas la proportion des cas de blennorrhagie dans l'armée ni dans la marine. Leur seul avantage est de restreindre considérablement le nombre des chancres mous non syphilitiques. Elles donnent une trop grande prépondérance à l'autorité de la police, et sont par suite tyranniques. Enfin, elles ont pour résultat de réduire le nombre des prostituées publiques, en augmentant celui des prostituées clandestines. Elles concourent donc à propager la syphilis parmi la population civile. M. R.

I. — Contribution à l'étude des manifestations tardives de la syphilis chez les vieillards, par TERRIER et LUC (*Revue de chirurgie, février* 1881, *p.* 88).

II. — Étude clinique sur la syphilis des vieillards, par QUINQUAUD (*Annales de dermat. et de syphiligr., août et juillet* 1881).

I. — Les recherches ont porté exclusivement sur des vieilles femmes admises dans le service de chirurgie de la Salpêtrière, les auteurs n'ont donc pu s'occuper des malades atteintes de syphilis viscérale dirigées généralement dans les services de médecine. Elles étaient atteintes pour la plupart de gommes développées dans la peau et le tissu cellulaire; une seule portait une gomme du sterno-mastoïdien; quelques-unes offraient des lésions osseuses très accentuées, de véritables gommes des os. D'autres furent admises pour des affections cutanées plus ou moins généralisées.

Les auteurs passent successivement en revue ces différentes manifestations et étudient incidemment une lésion oculaire (kératite ulcéreuse) observée chez deux de leurs malades, lésion d'origine indéterminée, plutôt cachectique que syphilitique; les deux conclusions qui ressortent le plus nettement de cet intéressant travail, sont :

1° L'intervalle souvent fort considérable qui sépare la manifestation tertiaire de l'accident primitif. Les malades ayant de 60 à 77 ans, ces chiffres indiquent un intervalle minimum de 20 à 30 ans ; en supposant que l'infection ait eu lieu à la fin de la vie sexuelle ;

2° La résistance des accidents à l'action des spécifiques, traitement mixte ou iodure de potassium.

Nous ajouterons cependant que les assertions précédentes ne peuvent être acceptées sans réserve, car la nature syphilitique des lésions ne paraît incontestable que dans deux observations (IV et VI). La dernière est un très bel exemple de syphilides osseuses multiples.

II. — Ce travail commence par une analyse très détaillée du mémoire de Sigmund sur le même sujet :

Les opinions de l'auteur allemand peuvent, on le sait, se résumer ainsi : La syphilis contractée à un âge avancé est d'allure plus lente et communément moins grave que celle des individus jeunes.

Sur la lenteur particulière imprimée à l'évolution du mal par la vieillesse, Quinquaud est d'accord avec le médecin viennois. L'incubation du chancre est plus longue, l'induration plus persistante, l'adénopathie et les accidents constitutionnels plus tardifs.

D'où la proposition suivante : La syphilis, acquise après l'âge de soixante ans, est un drame à actes successifs plus lents dans leur évolution que ceux qui appartiennent à une syphilis contractée dans les années antérieures.

Relativement à la simplicité ordinaire du chancre, à la rareté des localisations syphilitiques sur le pharynx et le cuir chevelu, à celle de la stomatite mercurielle et à la limitation fréquente des éruptions secondaires à une région circonscrite (face, thorax, abdomen, paume des mains, plante des pieds), les deux auteurs s'accordent encore; mais Quinquaud n'admet à aucun titre le caractère de bénignité habituelle indiqué par Sigmund. Pour lui, la gravité serait plutôt la règle que

l'exception. Les accidents secondaires sont souvent des plaques cutanées abondantes, tenaces, accompagnées de plaques muqueuses qui s'atténuent puis récidivent pendant un à deux ans. On voit même quelquefois des syphilides malignes précoces et rebelles demandant un traitement mixte prolongé, et des déterminations sur le myélencéphale à la période secondaire.

Les accidents tertiaires manquent peut-être plus souvent que chez l'adulte. Quinquaud dit cependant avoir constaté plusieurs fois l'apparition de périostites tertiaires, et de gommes cutanées, palatines, hépatiques ou cérébrales. Il ajoute que ces lésions sont très sujettes à des poussées successives, que, guéries sur un point, elles récidivent sur d'autres et qu'on les voit se perpétuer ainsi pendant des années.

Ce qui ajoute encore à la gravité de ce pronostic, déjà sombre, c'est que, d'une manière générale, la médication spécifique réussit moins que chez l'adulte et n'atténue souvent les accidents qu'avec la plus grande lenteur.

Quinquaud insiste encore sur les difficultés de diagnostic résultant de l'analogie entre la syphilis cérébrale et les affections encéphalo-médullaires de la vieillesse; sur la ressemblance des écrouelles scrofuleuses avec les gommes ganglionnaires, et de certaines syphilides siégeant sur les orifices naturels avec l'épithélioma. Dans une lettre adressée à l'auteur et reproduite dans son mémoire, Sigmund signale précisément le fait d'une femme de soixante ans chez laquelle l'induration spécifique occupait les grandes et les petites lèvres. Comme celles-ci, dures, tuméfiées et couvertes de gerçures, saignaient facilement, l'affection avait été prise pour du cancer épithélial et on voulait l'opérer, lorsque l'apparition des accidents constitutionnels mit sur la voie du diagnostic; sous l'influence du traitement spécifique l'amélioration fut rapide. H. DANLOS.

Syphilis héréditaire, sclérose de l'encéphale, par Samuel GEE (*Saint-Bartholom. hosp., Rep., XVI, p.* 35).

Enfant de 10 ans, née à terme : ne put marcher qu'à l'âge de 3 ans : à cette époque, convulsions générales et coma, sans paralysie consécutive. Nouvelle convulsion à l'âge de six ans; à partir de cette époque intelligence obtuse.

État actuel : enfant petite, peu développée; pupille gauche plus large que la droite, pas de strabisme ni de paralysie faciale : légère hémiplégie gauche; elle traîne un peu la jambe gauche en marchant. La vue est très défectueuse : de l'œil droit, elle voit à peine. On constate à l'ophtalmoscope de la rétino-choroïdite avec décollement de la rétine droite.

L'enfant pendant son séjour à l'hôpital, devient albuminurique et succombe aux progrès d'une anasarque généralisée.

On trouva à l'autopsie la pie-mère épaissie et opaque, surtout à gauche; l'hémisphère gauche très atrophié, les circonvolutions petites, tassées, jaunâtres et dures. Mêmes lésions, mais moins prononcées, à droite. La même inégalité se remarque entre les moitiés gauche et droite de la protubérance, du cervelet et du bulbe.

L'examen microscopique fait voir une sclérose diffuse de tout l'encéphale.

H. R.

Zur Charakteristik der Myelitis und Tabes nach Lues (De la myélite et de l'ataxie syphilitiques), par ROSENTHAL (*Wien. med. Presse*, n° 3, 1881).

Dans cinq cas de myélite syphilitique traités avec succès, l'auteur avait observé, avant le traitement, les symptômes suivants : anesthésie plus ou moins complète, diminution de la sensibilité générale, de la thermoesthésie, de la sensibilité électro-cutanée et électro-musculaire, paraplégie, exagération des réflexes; dans deux cas, atrophie des muscles et décubitus sacré; dans un cas, signes de sclérose des faisceaux latéraux, excitation psychique, ou hypochondrie et démence, paralysie de la vessie.

Sous l'influence des frictions à l'onguent gris et de l'iodure à la dose de 2 à 3 grammes par jour, l'auteur a vu la guérison commencer par le retour de la sensibilité générale et spéciale, puis de la motilité, de l'excitabilité électrique. L'exagération des réflexes, les spasmes, la paralysie vésicale, les troubles trophiques (atrophie et escarres), les altérations psychiques ont disparu à leur tour.

Les phénomènes ataxiques, au contraire, chez des syphilitiques, dans sept cas de l'auteur, ont résisté au traitement spécifique. On sait qu'il n'existe pas de cas où la dégénérescence primitive des faisceaux postérieurs puisse être attribuée sans contestation à la syphilis. L'ataxie dite syphilitique n'a pas de signe propre à la distinguer de l'ataxie vulgaire, et, puisqu'elle résiste au traitement spécifique, il ne faut pas se hâter de lui accorder une place distincte à côté de la myélite syphilitique dans la pathologie vénérienne. L. GALLIARD

Un cas de syphilis conjonctivale, par SICHEL (*Gaz hebdom.*, *p.* 262, 1880). — *Idem*, **par GALVANI** (*Gaz. hebd.*, *p.* 336).

Les cas de chancre de la conjonctive sont très rares. La thèse de Savy (Paris 1877) en contient cependant quelques faits indéniables ; voici une observation de syphilide, rapportée dans tous ses détails par Sichel fils.

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui se plaint de démangeaison dans le grand angle de l'œil. On y constate de l'injection avec, au centre, une petite tumeur de forme ovalaire, de la grosseur d'un grain de blé, de couleur rose jaunâtre. 10 jours après la tumeur avait doublé de volume ; son grand diamètre transversal mesurait 13 millimètres, son petit diamètre 6,^{mm}5, contiguë à la cornée sans empiétement sur cette membrane, surface inégale, d'aspect bosselé, un peu excoriée. Sichel se prononça, après avoir agité le diagnostic de pustule conjonctivale, et d'épithélioma, pour une syphilide papulo-ulcéreuse de la conjonctive bulbaire de l'œil droit.

Le malade portait d'ailleurs une éruption généralisée qui suffit, ainsi que le traitement rapidement décisif, à confirmer absolument ce diagnostic.

Le Dr Galvani d'Athènes envoie à la *Gazette* une observation du même genre. Elle fut recueillie sur un brigadier de gendarmerie.

En soulevant la paupière œdématiée, on constate un chémosis épais, sans sécrétion purulente, ni larmoiement, ni photophobie. Le centre seul de la cornée était libre, avec sa transparence habituelle. Le mal fut rebelle aux traitements ordinaires, mais bientôt on découvrit des accidents syphilitiques, le traitement mixte fut institué et la guérison survint rapidement. L. JULLIEN.

Syphilis desquamative de la langue (Syphilis héréditaire), par PARROT (*Progrès médical*, 12 *mars* 1880).

Cette affection décrite pour la première fois en 1872 par Bridon (thèse de Paris) se présente de la manière suivante. Elle procède par poussées successives ; à la pointe de la langue ou sur les bords on voit apparaître une tache d'un demi-millimètre à un millimètre de diamètre ; blanche, arrondie, puis en 24 heures, à la place de ce disque laiteux, se montre un anneau blanc circonscrivant une surface rouge qui est le centre de la tache dont l'épithélium est tombé, et où l'on voit les papilles ; l'affection se porte alors très rapidement vers la partie postérieure ou le centre de la langue, procédant par cercles plus ou moins réguliers. Chaque circonscription est bordée, au moins en partie, par une zone d'un blanc mat, large de 1 à 2 millimètres, saillante de 1/2 millimètre ; la zone desquamée est lisse, d'un rouge vif.

Rarement la langue entière est desquamée ; mais on peut voir 2 ou 3 zones de desquamation s'étendant progressivement de la pointe vers la région postérieure de la langue. Chacune des atteintes dure en moyenne 5 à 6 jours.

Ce mal appartient essentiellement à l'enfance.

Des coupes pratiquées sur trois sujets ont montré qu'au niveau des points malades l'épithélium est tuméfié, épais ; les cellules de la couche cornée et du corps de Malpighi ont augmenté de volume ; on constate dans les papilles et dans les portions sous-jacentes du derme, autour des vaisseaux, un grand nombre de corpuscules lymphoïdes, disséminés ou en groupes plus ou moins compacts. Le derme est sans doute le siège principal et primitif de l'affection.

Sur 31 cas d'affection desquamative on trouvait dans 28 les traces incontestables de la syphilis héréditaire. Il faut donc éliminer l'hypothèse parasitaire de Barthez et Gubler et la débilité admise par Bridon. L'examen de l'âge des enfants montre sur ces 31 cas 15 dans la première année, 7 dans la seconde ; les 9 autres étaient répartis de 2 à 6 ans ; ces chiffres plaident également en faveur de la syphilis. H. L.

Des ostéites naso-craniennes d'origine syphilitique, par FOURNIER (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc., p.* 13 *et* 73, 1881).

Après avoir relaté une observation d'ostéite syphilitique naso-cranienne, c'est-à-dire d'ostéite atteignant la voûte, le plafond des fosses nasales, l'auteur insiste sur la gravité de ces lésions et sur les accidents mortels qu'elles déterminent.

Voici les conclusions de sa leçon clinique :

1° Si, dans la majorité des cas, les ostéites nasales syphilitiques ne déterminent pas d'accidents mortels, il en est une espèce, l'ostéite naso-cranienne, qui doit à son siège sa gravité spéciale ;

2° Le danger de cette dernière ostéite résulte de l'irradiation du mal vers les organes encéphaliques, irradiation se traduisant anatomiquement par la méningite, l'encéphalite, les abcès du cerveau ;

3° Les complications affectent deux formes cliniques

a. Une *forme chronique*, caractérisée par des symptômes vagues d'encéphalite lentement progressive, à terminaison brusque et apoplectiforme;

b. Une *forme aiguë*, caractérisée par des symptômes d'encéphalite fruste, incomplète, irrégulière, mais rapidement mortelle;

4° Ces complications cérébrales peuvent être latentes, au point de vue clinique, et peuvent se terminer brusquement par sidération foudroyante.

F. TERRIER.

Di un caso di frattura incompleta spontanea per syphilide acquisita in tenera, eta (Sur un cas de fracture incomplète spontanée produite par la syphilis acquise en bas âge), par Celso PELLIZARI (*Milan*, 1879).

A propos de deux sujets syphilitiques mère et enfant, l'auteur étudie l'intéressante question qui se pose souvent en justice, celle de savoir si le sujet infectant est la nourrice ou le nourrisson. Il montre qu'en pareille occurrence il y a peu à compter sur la sincérité des renseignements et qu'il est souvent possible en se fondant sur l'étude comparée de manifestations sur les deux sujets, de découvrir l'origine du mal. Partant de ces données, il établit, ce qui concorde du reste avec les anamnesiques, que dans le cas actuel, la mère avait, selon toute probabilité, été infectée par son enfant revenue syphilitique de nourrice, alors qu'elle-même était saine et qu'en tout cas la vérole de la mère était de date plus récente que celle de sa fille, puisque chez l'enfant on trouvait des syphilides végétantes et ulcéreuses circonscrites et sur elle un éruption aiguë généralisée maculo-papuleuse. La mère avait des périostoses résolutives précoces en grand nombre, la fille était atteinte d'une lésion osseuse circonscrite affectant le radius droit. La palpation montrait une tuméfaction considérable du tiers moyen de la diaphyse; à ce niveau l'os présentait une certaine flexibilité et la pression déterminait une douleur très vive.

L'enfant étant morte de broncho-pneumonie accidentelle quelque temps après, l'autopsie permit de vérifier l'état du radius. Il était uniformément tuméfié dans sa moitié inférieure. Une fracture incomplète existait à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. L'os était brisé dans les neuf dixièmes de son épaisseur, et les fragments maintenus engrenés par une lamelle osseuse de deux millimètres et par le périoste épaissi comme un étui protecteur. En ouvrant le foyer de la fracture, on trouvait l'os en état de dégénérescence gélatiniforme (lésion de Parrot).

H. DANLOS.

Zur Kenntniss der Dactylitis syphilitica (De la dactylite syphilitique), par MRACEK (*Wien. med. Presse*, n° 37, 1880).

Le panari syphilitique de Nélaton, l'ostéomyélite gommeuse du doigt de Bergh, la phalangite syphilitique de Lewin n'est pas une affection commune.

L'auteur l'a observé chez un sujet infecté depuis trois ans et atteint de lésions graves : gommes du thorax, ulcération de la langue, périostite tibiale. L'index gauche de ce malade présente sur sa face palmaire une

ulcération à bords épaissis qui occupe toute l'étendue de la seconde phalange; la troisième phalange a disparu, à l'exception du squelette. Les deux premières sont tuméfiées, douloureuses au toucher et leur articulation participe au gonflement.

Le stomatite mercurielle empêche l'auteur d'administrer immédiatement l'hydrargyre, il se contente de bains locaux et d'iodoforme à l'intérieur; au bout d'un mois il commence les frictions à l'onguent gris. Après quatre semaines de ce traitement, l'état général s'est amélioré, les gommes, la périostite du tibia, toutes les manifestations ont cédé; les deux phalanges du doigt malade ont repris leurs dimensions normales et jouissent de leurs mouvements, la troisième a été complètement éliminée.

L. GALLIARD.

Affections syphilitiques des ongles, par BERGH (*Hosp.-Tidende*, 2 *R.*, *VII*, 46-47, 1880).

L'auteur publie un cas remarquable de lésions syphilitiques polymorphes (sèches et suppuratives), survenues simultanément au niveau de plusieurs doigts chez le même sujet.

Après la publication de ce cas, il se livre à quelques considérations sur les onyxis syphilitiques précoces. Dans sa forme la plus bénigne, cette lésion de la matrice de l'ongle, qui correspond aux syphilides précoces, est constituée par une congestion ou une inflammation légère et superficielle de la matrice de l'ongle, suivie de troubles de nutrition de celui-ci. Une forme voisine est constituée par la chute de l'ongle, sans phénomènes inflammatoires, pour ainsi dire. Cette dernière forme paraît analogue à l'alopécie syphilitique et sous la dépendance de lésions de nutrition des cellules-mères de l'ongle. Une forme plus grave est constituée par l'onyxis syphilitique suppuratif dépendant de lésions plus intenses de la matrice de l'ongle.

H. LELOIR.

Zur Kenntniss der Milz-Syphilis (Syphilis de la rate), par GOLD (*Vierteljahrsch. für Dermat. u. Syphilis*, *p.* 463, 1880).

Après avoir cité dans une revue rapide la plupart des travaux relatifs à la syphilis de la rate, l'auteur donne l'autopsie qui fait l'objet de son mémoire. Elle est relative à une femme de 45 ans, syphilitique depuis 17 ans, morte de tuberculose pulmonaire avec rétrécissement du rectum. L'examen nécroscopique confirma le diagnostic, on trouva dans les poumons, des cavernes et des masses caséeuses, un rétrécissement syphilitique du rectum avec périproctite et péritonite purulente diffuse, et desgommes de la rate, sans lésions amyloïdes.

La rate non modifiée dans ses dimensions, présentait par places une sclérose capsulaire. Une section longitudinale y fit découvrir un nodule gommeux ovoïde de cinq centimètres sur deux et demi. La masse non enkystée, bien limitée par places, se confondait peu à peu sur d'autres avec le tissu splénique. Elle paraissait résulter de la fusion de plusieurs nodules secondaires et chacun de ceux-ci était composé principalement de *tissu fibreux enveloppant un foyer caséeux*. L'auteur fait remarquer

que cette apparence rappelle absolument celle des gommes du foie et prouve la nature syphilitique de la lésion. H. DANLOS.

I. — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de solutions mercurielles, par O. TERRILLON (*Bulletin général de thérapeutique, p.* 148, *août* 1880).

II. — Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis, par MARTINEAU (*Union médicale,* 19 *juillet* 1881).

I. — M. Terrillon a expérimenté à Lourcine les injections hypodermiques de peptonate de mercure. Il s'est servi de la solution formulée par Bamberger.

« On fait une solution de sublimé dans l'eau au cinq-centième, et une solution de chlorure de sodium au vingt-centième; on dissout 1 gramme de pepsine de viande dans 50 centimètres cubes d'eau distillée, et on filtre; on ajoute à cette liqueur filtrée 20 centimètres cubes de la solution de sublimé au cinq-centième, et on dissout le précipité qui se forme avec la quantité nécessaire (environ 15 à 16 centimètres cubes) de la solution de chlorure de sodium. On ajoute de l'eau distillée jusqu'à atteindre 100 centimètres cubes. Préparée de cette façon, la liqueur est à 1 centième; autrement dit, chaque centimètre cube contient 1 centigramme de mercure en combinaison avec la pepsine. On couvre le vase, on laisse la liqueur reposer pendant quelques jours; il s'en sépare une petite quantité de précipité floconneux blanchâtre, on filtre et la liqueur est préparée. »

Les injections faites avec ce liquide sont de 1 centimètre cube. Cette injection renouvelée tous les jours a amené la salivation vers le 3e ou le 4e jour. Il était donc nécessaire d'espacer les doses et de ne les donner que tous les deux ou trois jours. En 10 jours, le plus souvent, les éruptions secondaires avaient disparu ; on obtenait, en une vingtaine de jours, des résultats qu'on eût attendus pendant deux ou trois mois avec la médication interne.

L'injection doit être faite de préférence à la région dorsale. L'aiguille doit être poussée assez profondément pour que le liquide parvienne en entier dans le tissu cellulaire sans se trouver en contact avec la face profonde de la peau. On évite ainsi les douleurs vives, les sensations de brûlure, les inflammations, les abcès qui se produiraient sans ces précautions. Il se développe seulement parfois des nodosités dures et assez persistantes.

On évite de cette façon les troubles gastriques qui accompagnent fréquemment la médication interne. On agit avec rapidité et efficacité dans les syphilis malignes qu'il importe de modifier au plus tôt. Enfin, dans les services hospitaliers, on est certain que la prescription est observée et le médicament absorbé. M. Terrillon se contente de montrer que ce mode d'administration du mercure est facile et sans danger, sans vouloir entreprendre de parallèle thérapeutique. A. MATHIEU.

II. — L'auteur emploie une peptone composée comme il suit : Bichlorure de mercure 10 grammes, peptone sèche 15 grammes, chlorure

d'ammonium pur 15 grammes, 1 gramme de cette peptone représentant 25 centigrammes de sublimé. Il s'en sert en solutions où 40 centigrammes de peptone sont dissouts dans 30 grammes d'eau distillée, ou 25 grammes d'eau et 6 grammes de glycérine, ou encore 36 grammes de glycérine. En tout cas ces solutions représentent 4 milligrammes de sublimé par injection d'une seringue de 120 centigrammes.

La quantité de sublimé injectée a varié de 2 à 8 milligrammes en élevant progressivement les doses, et 51 malades ont subi ce mode de traitement.

A la suite d'une série d'observations, l'auteur donne les conclusions suivantes :

1° Chez le plus grand nombre des malades l'injection sous-cutanée d'une solution de peptone mercurique ammonique n'occasionne aucune douleur; quelques malades seulement ont accusé une douleur plus ou moins vive à la suite des premières injections.

2° Cette injection ne provoque aucune irritation locale si elle est pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

3° A la dose de 4 milligrammes de sublimé il ne survient aucun phénomène d'hydrargyrie, aucun trouble gastro-intestinal.

4° Le sublimé associé à la peptone sèche et inoculé sous la peau possède une action plus rapide que le sublimé donné par la voie stomacale. H. L.

I. — Recherches sur l'influence du traitement mercuriel sur la richesse globulaire du sang, par Ém. ROBIN (*Thèse de Paris*, 1880).

II. — Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung lange Zeit fortgegebenen kleiner Dosen Queck-Silbers auf Thiere (Recherches expérimentales sur l'action des petites doses de mercure données pendant longtemps aux animaux), par Hermann SCHLESINGER (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. Band XIII, Heft* 5, *p.* 317).

I. — M. Wilbouchewich, en 1874 (*Arch. de physiologie*) avait trouvé une augmentation du nombre des globules rouges chez les syphilitiques anémiés soumis au traitement mercuriel. M. Robin a fait des expériences du même ordre, à l'aide de l'appareil de M. Hayem, sur des malades de Lourcine soumises aux injections de peptonate de mercure. Presque toujours il y a une une très légère augmentation du nombre des globules. Cette ascension semble plus marquée dans quelques cas où l'on a donné du protoiodure. En somme, les observations présentées sont en trop petit nombre, elles ont été poursuivies pendant trop peu de temps pour que l'on puisse fonder sur elles rien de net et de précis.

II. — L'auteur s'est servi du sublimé pour ses expériences. Il a promptement renoncé à l'emploi des injections hypodermiques, à cause des accidents locaux. Il a donné à l'intérieur une préparation ainsi constituée : eau distillée, 1,000 grammes; sublimé, 5 centigrammes; chlorure de potassium, 5 centigrammes. De cette façon, 1 centigramme de la solution renfermait $0^{gr},0005$ de sublimé.

Les recherches furent faites sur des animaux d'espèces différentes

(lapins, moutons, poules, chiens). Ils étaient amenés d'abord à l'état d'équilibre physiologique. Les globules étaient comptés avec l'appareil Hayem et Nachet, et, pour contrôle, l'hémoglobine estimée avec l'appareil de Quincke. Le mercure était alors donné à quelques-uns des animaux, les autres servant de témoins et recevant la même nourriture.

Les chiens et les lapins ont supporté pendant un an l'usage du mercure à faible dose sans dommage. Ils ont cependant augmenté de poids relativement aux animaux de contrôle soumis à la même alimentation. La numération des globules a fait constater une augmentation. L'urine toutefois ne présentait pas de modification dans la proportion des substances éliminées. Elle ne renfermait ni sucre ni albumine.

Les animaux soumis au sublimé, tués à des époques différentes, n'ont pas présenté de lésions organiques. La graisse était seulement en quantité plus considérable.

L'auteur, malgré l'augmentation du nombre des globules, refuse au mercure une action tonique, parce qu'une telle action s'accompagnerait d'une élévation de température, d'une augmentation des échanges organiques. Or, les substances d'excrétion n'avaient pas augmenté dans l'urine. L'accumulation de graisse semble indiquer une diminution de l'oxydation. Il y aurait donc plutôt diminution des échanges nutritifs ; le nombre des globules rouges augmenterait parce que leur destruction diminuerait. Chez les syphilitiques même, l'action tonique ne serait qu'une apparence. A. MATHIEU.

I. — Les eaux d'Aulus. En quoi consiste leur mode d'action dans la syphilis, par FRAICHE (*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. XXVI.*)

II. — Du traitement des maladies syphilitiques par les eaux d'Aulus, par BORDES-PAGÈS (*Broch., Paris,* 1879).

I. — On sait qu'une vieille tradition cultivée dans le midi de la France attribue aux eaux d'Aulus une action curative puissante, contre les manifestations de la syphilis constitutionnelle. M. Fraiche, qui constate cette action, la définit par les propositions suivantes qu'il développe.

A. Les eaux d'Aulus ne sont point spécifiques et ne sauraient être indifféremment substituées au traitement mercuriel ou iodique. Leur action dans la syphilis diffère beaucoup de celle des eaux sulfureuses, et se rapproche davantage de celles des chlorurées sodiques ; elles sont toniques d'abord, ensuite altérantes.

B. Elles n'agissent pas à toutes les périodes de la syphilis. Leurs effets sont nuls dans l'accident primitif. Les résultats sont aussi négatifs dans les accidents secondaires, si on n'a la sage précaution de les combiner avec les spécifiques classiques. Les accidents tertiaires seuls sont heureusement modifiés.

L'auteur se résume par cette conclusion : les eaux d'Aulus ne guérissent pas la syphilis, mais elles remontent les syphilitiques.

II. — D'après Bordes-Pagès, le rôle de la cure d'Aulus dans la syphilis serait plus étendu et son action plus directe.

Ses observations et sa pratique se résument ainsi :

a. Dans les cas d'infection syphilitique récente manifestée par des

symptômes réputés primitifs, c'est-à-dire circonscrits dans la région contagionnée, chancre induré, adénopathie inguinale double, après avoir agi sur les symptômes locaux par des topiques, nous avons, pour traitement général, livré le malade à l'action éliminatrice et dépurative des eaux, et plusieurs fois obtenu la guérison sans autre accident consécutif de nous connu.

b. Dans les cas de syphilis constitutionnelle, rebelle et invétérée, qu'elle se manifestât par des symptômes extérieurs, — roséoles, plaques, pustules, ulcères, ou qu'elle attaquât les parties profondes, — exostoses, caries, douleurs ostéocopes, tumeurs gommeuses, sécrétions viscérales perverties, — les eaux d'Aulus ont été d'une rare efficacité.

c. Dans quelques cas, très peu nombreux, nous avons associé à l'usage des eaux celui des préparations mercurielles, qui, de la sorte, ont été mieux tolérées. Dans d'autres cas, leur vertu éliminatrice a agi contre des accidents mercuriels graves. CAULET.

Leçon clinique sur l'épididymite et l'orchite parenchymateuse d'origine blennorragique, par E. GAYRAUD (*Gazette hebdomadaire de Montpellier*, n°s 23, 24, 25, 1881).

Parmi les observations qui font l'objet de cette leçon, deux méritent d'être citées à cause de leur terminaison et de leur rareté : l'une, suppuration et fonte partielle du testicule ; l'autre, mort par péritonite. Le sujet de cette observation, simplement relatée par Gayraud, entra à l'hôpital pour une orchite, il eut bientôt des accès fébriles, qui furent regardés, à cause de la région, comme d'origine paludéenne. A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée. A. M.

Des injections au bromure de potassium dans la blennorragie, par A. CAMBILLARD (*Thèse de Paris*, 1881).

Les érections nocturnes douloureuses de la blennorragie sont, en général, rapidement calmées et quelquefois supprimées complètement par les injections urétrales de bromure de potassium.

Ces injections ne sont nullement douloureuses ; tout au plus causent-elles, chez certains malades, une légère cuisson. Elles agissent en anesthésiant la muqueuse urétrale.

Ces conclusions sont appuyées sur 18 observations recueillies à la consultation de l'hôpital du Midi (service de Mauriac). Quinze d'entre elles semblent probantes ; trois fois seulement (obs. XII, XIII, XVII), la médication paraît avoir échoué, peut-être par la faute des malades.

La formule des injections employées est la suivante :

Eau	150	grammes.
Glycérine.	10	—
Bromure de potassium.	6	—
Laudanum de Rousseau	2	—

On fait quatre injections dans les 24 heures ; la dernière immédiatement avant de se coucher. Chaque injection doit être gardée dans le canal pendant une ou deux minutes. H. DANLOS.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Traité clinique et pratique des maladies mentales, par J. LUYS (*Paris*, 1881).

Avant d'aborder l'étude des troubles morbides d'un organe, procéder à la description de sa constitution anatomique et de ses propriétés fonctionnelles, s'appuyer ensuite sur ces doubles données comme éléments d'appréciation, c'est là un ordre logique et scientifique. C'est cette méthode que l'auteur, à l'imitation de celle adoptée pour plusieurs traités de pathologie, a jugé applicable à l'exposé des désordres des fonctions cérébrales. L'ouvrage est donc divisé en trois grandes parties.

Dans la première, consacrée à l'anatomie, on retrouve les idées bien connues de M. Luys sur l'organisation des appareils centraux, sur les rapports des noyaux opto-striés avec la périphérie. Loin d'être le moins du monde ébranlé par les contestations que ses opinions ont soulevées parmi la grande majorité des observateurs, il confirme absolument ses assertions premières auxquelles il ajoute quelques détails nouveaux et inédits au sujet des rapports qu'affectent certains faisceaux blancs de l'écorce avec différents noyaux gris des régions *sous-optiques*.

Considérée au point de vue physiologique, la cellule nerveuse est, d'après le Dr Luys, douée de trois propriétés élémentaires qui régissent son activité dynamique : 1° la sensibilité, grâce à laquelle elle s'accommode avec le milieu ambiant en réagissant sous forme d'acquiescement ou de répulsion ; 2° l'*automatisme*, caractérisé par la réaction spontanée ; 3° la *phosphorescence organique* qui signifie persistance des impressions et forme la base de nos souvenirs. Mais il est une condition qui, pour l'auteur, tient sous sa dépendance la mise en activité des éléments nerveux et est absolument prépondérante dans toutes les manifestations vitales de la cellule nerveuse : c'est l'irrigation sanguine, si le spasme vasculaire ou l'ischémie domine, le silence se fait parmi les éléments qui vont être, au contraire, en phase de suractivité, dès que l'hyperhémie, l'état congestif lui succédera.

Et passant des conditions de la vie normale aux manifestations pathologiques, l'auteur s'efforce de montrer l'influence de ce jeu circulatoire sur la production des différents désordres intellectuels, et s'en sert comme de donnée fondamentale pour poser les bases d'une classification des maladies mentales. Nous entrons ainsi dans la troisième partie de l'ouvrage, où suivant les deux grandes divisions établies, c'est-à-dire les deux modalités de l'excitation cellulaire subordonnée à l'hyperhémie, et de la dépression ou torpidité correspondant à l'ischémie, sont décrits les états psychopathiques en rapport apparent avec ces deux conditions circulatoires.

Le point particulièrement saillant et original de cette partie nosologique a trait à l'halluciné dont M. Luys croit pouvoir faire un type morbide, indépendant et aussi caractérisé que le type épileptique, par exemple. Cette espèce nosologique distincte aurait un processus fatal, qui répondrait à une lésion définie de l'écorce cérébrale ; à savoir l'hypertrophie du lobe paracentral.

Ces quelques indications sommaires qui ne sauraient évidemment être considérées comme un compte rendu analytique d'un ouvrage aussi étendu, sont tout au plus suffisantes pour faire connaître que l'auteur a abordé bien des questions, bien des problèmes qui sont, et seront probablement longtemps encore à l'étude, et pour la solution desquels il propose des théories aussi savantes qu'ingénieuses. PAUL GARNIER.

Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés, par MAGNAN (*Tribune médicale et Revue scientifique*, 1881).

Lorsque l'aliéné, de l'état de subjectivité tranquille, passe à l'activité objective, sous quelle influence réagit-il ? Tantôt, c'est sous l'empire d'une conception délirante, tantôt il obéit à une illusion ou à une hallucination ; d'autres fois il est entraîné par une impulsion. Qu'est-ce donc qu'une impulsion ? On peut la définir, d'après Magnan, un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est parfois impuissante à empêcher. Dans la folie, en effet, les éléments de cette opération, qui consiste à enregistrer les acquisitions douloureuses ou agréables, se trouvent faussés ou annulés ; l'impulsion dominatrice n'ayant plus en face d'elle qu'un jugement amoindri, quand il n'est pas tout à fait anéanti, exerce son action sans rencontrer une force suffisante pour lui servir de contrepoids. Ce trouble de la volonté peut se montrer dans les formes mentales les plus diverses, leur empruntant les caractères qui les distinguent.

Magnan fait toucher du doigt la différence qui sépare les impulsions suivant qu'on les observe chez un mélancolique, un alcoolique, un épileptique, un délirant chronique, un paralytique général. Une tentative de suicide, par exemple, accomplie par ces divers malades, le sera d'après des procédés très dissemblables. La ténacité dans la recherche de tous les moyens de suicide sera le propre du mélancolique. L'alcoolique, en proie à des hallucinations terrifiantes, brusque la situation, saute par une fenêtre pour échapper à ses ennemis, ou se jette à l'eau. C'est une fuite plutôt qu'un suicide. L'hallucination cesse, le malade n'y songe plus. L'automatisme inconscient présidera au suicide du délirant épileptique ; s'il ne perd pas la vie dans sa tentative, celle-ci n'en reste pas moins comme non avenue pour lui ; il n'en garde aucun souvenir. Le paralytique général procédera avec la puérilité qui distingue toutes ses manifestations. Quant au délirant chronique, c'est par une préparation aussi sûre que tenace qu'il préludera à cet acte dont toutes les circonstances seront déterminées à l'avance.

Impossible donc de ranger tous ces faits ayant le même objectif, mais si différents par la façon dont ils sont élaborés, sous l'étiquette de monomanie du suicide. Et, à ce propos, Magnan montre l'inanité des créations innombrables de monomanies. La monomanie n'est qu'une phase, qu'une étape d'une maladie mentale plus générale.

Après cet exposé, et à l'appui de ses déductions, Magnan cite les observations de plusieurs malades, qui seraient, si l'on s'en tenait aux incidents épisodiques, de véritables monomanes. Y regarde-t-on de plus près, vient-on à fouiller les antécédents, on découvre le sol pathologique qui a favorisé l'éclosion d'idées délirantes prédominantes.

Mais comme, dans une étude clinique, rien ne vaut l'éloquence des faits, il convient de relater, en les résumant, quelques-unes de ces observations :

X..., marchande des quatre saisons, âgée de 60 ans, est fille d'un alcoolique. Depuis douze ans elle est triste, préoccupée, a peur de mourir, dort mal. Elle prenait autrefois des liqueurs, mais s'en abstient depuis quelque temps. Au mois de mai 1880, subitement elle devient plus triste, elle fait des réflexions, dit-elle, sur les individus pendus : leur mort lui paraît enviable, elle éprouve l'envie de se pendre, et cette idée l'absorbe constamment. Craignant de succomber à cette impulsion, elle se réfugie chez sa fille, à laquelle elle fait part de son état d'esprit et éprouve, après le récit, un léger soulagement. Pendant cinq jours l'idée de la pendaison la poursuit, puis la pensée lui vient d'étrangler sa petite-fille âgée de six ans. « Si je l'étranglais, se dit-elle, si j'allais tout doucement lui mettre le doigt sur le cou et serrer. » Trois jours après, elle se sent poussée à frapper son petit-fils âgé de trois ans, avec un bâton ou un marteau, et reste plusieurs semaines sous le coup de ces obsessions. A plusieurs reprises, elle a eu l'idée d'étrangler un lapin pour satisfaire ces impulsions, mais elle ne l'a pas fait, pensant que cet acte ne la délivrerait point de cette épouvantable obsession. La vue d'une corde l'impressionne vivement et son contact la met hors d'elle-même. Elle éprouve dans la rue des craintes que rien ne motive, a peur d'être écrasée, et quand elle passe sur un pont, elle prend le milieu de la chaussée, évitant de monter sur les trottoirs où elle craindrait d'être entraînée à enjamber le parapet.

Un jour, un jeune homme, occupé à sculpter avec un couteau un morceau de bois, vient s'asseoir à côté d'elle; elle est prise aussitôt d'une angoisse extrême, craignant que ce garçon ne la frappe avec le couteau.

Une autre malade pourrait servir à la description de trois espèces distinctes de monomanie impulsive; ce sont simplement des manifestations variées d'un même état mélancolique.

X..., 29 ans, fille d'une hystéro-épileptique et d'un père mélancolique mort à la suite d'accidents cérébraux aigus, se fait remarquer, dès l'âge de 15 ans, par des bizarreries de caractère; collectionne des objets insignifiants, bouts de chiffons, noyaux de cerises, etc. qu'elle range soigneusement dans une boîte. Plus tard, elle est prise de la terreur des épingles. Un jour, elle s'imagine en avoir avalé une qui se serait arrêtée dans le gosier, se fait conduire chez le médecin qui ne voit rien. A dater de ce jour, elle prend les plus grandes précautions dès qu'elle voit des épingles; s'il lui arrive d'en perdre une, elle la cherche, et si c'est en vain, son angoisse est extrême, s'imaginant que l'épingle a pénétré dans son corps; se rince la bouche, visite les aliments d'une façon minutieuse.

Quelques années plus tard, des préoccupations d'un autre ordre s'emparent de son esprit : elle craint d'avoir volé : aperçoit-elle un objet de prix, elle se fouille, le cherche et se désole de ce vol imaginaire. Depuis 8 ans, elle est sous le coup d'impulsions nymphomaniaques : elle éprouve le désir de cohabitation avec ses neveux dont l'aîné a 13 ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs; sa vue lui procurait des sensations voluptueuses; quand il a grandi, et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises; elle s'imagine accomplir avec lui l'acte sexuel. En outre, elle a de temps à autre des hallucinations d'une autre nature : on l'injurie, on lui dit des mots grossiers, on la calomnie. PAUL GARNIER.

De la paralysie alcoolique, par LANCEREAUX (*Gaz. hebd. de méd.*, n°s 8, 11 *et* 13, 1881).

Les accidents paralytiques liés à l'alcoolisme ont été déjà signalés par l'auteur, dans son article *Alcoolisme* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* (1864), puis dans la *Gazette hebdomadaire* (1865). D'autres auteurs, Leudet (*Arch. gén. de méd.*, 1867), Wilks (*The Lancet* 1872) et Lockhart Clarke (*The Lancet*, 1872) ont publié des faits du même genre. Lancereaux se base sur cinq observations nouvelles pour esquisser l'histoire clinique de cette forme peu connue de paralysie toxique.

Cette paralysie, beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme (12 cas sur 15 se rapportent à des femmes) présente ce premier caractère d'être symétrique, occupant à la fois les membres inférieurs et supérieurs, mais prédominante aux membres inférieurs. Des extrémités où elle débute, elle gagne peu à peu, en diminuant d'intensité, la racine des membres. Les muscles extenseurs sont ordinairement plus fortement atteints que les fléchisseurs, d'où une attitude particulière des pieds et des mains.

La contractilité électro-musculaire est sinon supprimée, du moins très diminuée comme dans la paralysie saturine ; quelquefois même il existe une anesthésie au courant faradique. Avec ces troubles du mouvement on constate des troubles de la sensibilité, picotements et fourmillements aux extrémités des membres, analgésie ou hyperalgésie symétrique, et des désordres vaso-moteurs, rougeur et pâleur des membres, sueurs limitées aux extrémités, œdèmes occupant de préférence le dos des pieds et des mains. Enfin ces malades présentent des troubles gastriques, se plaignent de rêves effrayants, d'insomnie, tous phénomènes dépendant de l'intoxication alcoolique.

La paralysie alcoolique est une paralysie d'origine périphérique. Dans tous les cas suivis de mort, la moelle et les racines spinales ne présentaient aucune altération. Au contraire, les nerfs des membres paralysés avaient subi les lésions semblables à celles que l'on observe à la suite des sections nerveuses, mais ne portant que sur une partie des fibres du nerf ; de plus les muscles intéressés présentaient un léger degré de dégénérescence granulo-graisseuse. P. MERKLEN.

I. — **Die progressive Paralyse der Irren (La paralysie progressive des aliénés) par E. MENDEL** (*Berlin*, 1880, *monographie de* 352, *pages avec planches et tableaux*.

II. — **Ueber Complicationen von Seiten des Ruckenmarks bei Dementia paralytica (Des complications médullaires dans la démence paralytique), par GNAUCK** (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 24, *p.* 349, 14 *juin* 1880).

III. — **Hereditaere Anlage und progressive Paralyse der Irren (De l'hérédité dans la paralysie générale), par SANDER, IDELER, MENDEL** (*Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 32, *p.* 463, 9 *août* 1880).

IV. — **Die Aetiologie der fortschreitenden Paralyse der Irren (Étiologie de la**

paralysie générale progressive), par L. WILLE (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 3, p. 65, 1er février 1881*).

I. — La monographie de l'auteur est basée sur l'étude de plus de 300 cas de paralysie générale, recueillis dans une maison de santé; 60 autopsies ont fourni les matériaux anatomo-pathologiques.

Mendel admet l'origine corticale des troubles de la motilité chez les paralytiques.

De recherches thermométriques très nombreuses, Mendel conclut qu'il n'existe pas de rapport constant entre les élévations de la température et les périodes d'excitation. Également, à l'encontre de Reinhard, il n'a nullement constaté que la température céphalique des paralytiques généraux fût supérieure à celle de l'aisselle ou du rectum.

Dans l'étiologie de l'affection, l'hérédité semble jouer un rôle moins important que pour les autres troubles mentaux.

Mendel attribue une certaine influence causale à la syphilis.

II. — Dans des cas rares, on observe comme complication de la démence paralytique des symptômes médullaires rappelant ceux de la paralysie spinale spasmodique, car ils consistent en un léger affaiblissement de la motilité, une exagération du réflexe rotulien et un tremblemont extrêmement intense; en revanche, les phénomènes spasmodiques font habituellement défaut. Le tremblement, bien plus considérable que ce n'est l'ordinaire chez les paralytiques généraux, ressemble à celui du delirium tremens, et s'accuse surtout sur les lèvres et la langue des patients au moment où ils parlent; le tremblement des membres s'observe aussi bien au repos que pendant les mouvements passifs (épilepsie spinale) et volontaires. Ces derniers sont fréquemment saccadés.

Il est probable qu'il s'agit ici d'une lésion des cordons latéraux; c'est tout au moins ce qui a été reconnu par Gnauck dans une autopsie.

III. — *Sander* apporte la statistique suivante : en 1879, il est entré à l'asile d'aliénés de Berlin 397 malades dont 129 paralytiques généraux. Des renseignements sur la question d'hérédité ont pu être obtenus pour 62 paralytiques et pour 109 autres aliénés. Parmi les paralytiques, 19, soit 30 0/0, avaient une tare héréditaire, et, parmi les aliénés divers, 75, soit 70 0/0, l'avaient également.

Comme Mendel, Sander a été frappé de la fréquence des apoplectiques parmi les ascendants des paralytiques.

Ideler, relativement aux paralytiques femmes, fournit les chiffres que voici : sur 300 aliénées, se trouvaient 21 paralytiques; 2 d'entre elles avaient la tare héréditaire; chez 9, elle paraissait manquer; enfin, pour les 10 dernières, on n'a pu avoir de renseignements.

IV. — Sur 54 paralytiques (48 hommes) que Wille a soignés à Bâle dans les cinq dernières années, il a pu décéler l'influence héréditaire chez 60 0/0 d'entre eux, proportion qui n'est pas sensiblement inférieure à celle des psychoses simples. Mais Wille entend le mot hérédité dans son sens le plus large; c'est ainsi qu'il s'agit bien moins d'affections mentales proprement dites des ascendants que de l'existence chez eux de phénomènes constitutionnels indiquant l'irritation ou l'affaiblissement morbides des systèmes nerveux et intellectuel, en même temps que les

frères et sœurs des malades présentent des signes de dégénérescence, tels que surdi-mutité, imbécillité, hystérie, alcoolisme, etc.

Mais, contrairement à Sander, Wille assure que les paralytiques héréditaires se font déjà, avant l'explosion de leur maladie, remarquer par quelques traits insolites, soit de leur physique, soit de leur moral.

Le médecin bâlois n'a pas relevé parmi les ascendants des paralytiques une fréquence des apoplexies cérébrales plus grande que pour les autres catégories d'aliénés.

A côté de l'influence étiologique de l'organisation, de l'hérédité, il faut placer celle de l'époque, du milieu où a vécu le patient. Ce rôle est si considérable qu'on a pu dire, à bon droit, que la paralysie générale est la maladie de notre siècle, de la civilisation actuelle qui réclame du cerveau un travail exorbitant. Il n'y a pas jusqu'aux programmes d'enseignement trop chargés, relativement aux facultés de la majorité des enfants, qui ne doivent, selon Wille, être responsables, dans une certaine mesure, en surmenant les centres nerveux.

Toutes les causes, congénitales ou acquises, d'affaiblissement cérébral, aidées des causes extérieures d'excitation (alcoolisme, excès sensuels, intellectuels, passions, érysipèles de la face, affections fébriles, traumatismes, insolation, suppression de divers flux, etc.,) sans être la source directe, immédiate de la paralysie, en préparent l'éclosion dans la grande majorité des cas.

Cette pathologie élucide certains points obscurs de l'étiologie; elle rend compte de la plus grande fréquence de la maladie chez les hommes, de sa prédominance entre trente-cinq et quarante-cinq ans, de sa prédilection pour les habitants des villes, enfin de ses ravages plus considérables dans l'Europe centrale et dans l'Amérique du Nord.

Wille dénie toute influence spéciale aux excès vénériens, à la syphilis (assez commune dans les commémoratifs, pourtant). Il n'admet pas davantage que la paralysie générale atteigne de préférence certaines professions et classes, tels que lettrés, artistes, hommes politiques, spéculateurs.

J. B.

De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie, par Mlle Nadine SKWORTZOFF (*Thèse de Paris*, n° 135, 1881).

Il est peu de questions, en pathologie, dont l'étude soit plus complexe que l'aphasie; peu de troubles morbides s'enrichissent autant de faits nouveaux bien dignes d'intérêts, à tous les points de vue.

Au nombre des phénomènes qui se rencontrent dans ce désordre de la fonction du langage, les plus intéressants et les moins connus sont, sans contredit, ceux qui ont été décrits sous le nom de *cécité* et de *surdité* des mots.

Dans un mémoire important sur « les troubles de la parole » paru en 1876, Kussmaul réunit quatre cas déjà publiés et les dénomme ainsi. En France, une communication faite par Magnan à la Société de Biologie, en janvier 1880, avec présentation de deux malades, attire l'attention sur ce sujet. C'est à Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan, que Mlle Skwortzoff a rassemblé les éléments de sa thèse inaugurale, dont l'in-

térêt et l'importance sont au-dessus de tout conteste. Après avoir décrit les variétés cliniques de l'aphasie : 1° logoplégie (conservation du langage intérieur), 2° amnésie verbale (perte du langage intérieur), l'auteur étudie, dans deux chapitres distincts, la cécité et la surdité des mots.

On entend par la cécité des mots le défaut de compréhension des signes de la pensée représentée par l'écriture. Ce trouble précède, accompagne ou suit les désordres de la parole de nature aphasique, et pour qu'il se montre dans toute sa netteté, il est nécessaire que ceux-ci soient peu appréciables. Que l'on se représente une personne, dont la vision est parfaite d'ailleurs, qui exprime assez bien ses idées, parle de tout ce qu'elle voit, peut copier les dessins et même l'écriture, devine les rébus, écrit des lettres très sensées, et qui ne peut lire ce qu'elle vient d'écrire elle-même, parce que le nom des lettres, la signification des mots qu'elles forment en se combinant, lui échappent, on aura l'idée de ce que la cécité des mots présente de frappant et de curieux.

Certains malades peuvent reconnaître leur nom soit imprimé soit écrit sans être à même de distinguer aucune des lettres qui le composent. De même que l'un des procédés pédagogiques employés pour l'instruction des sourds-muets, consiste, par la juxtaposition de l'objet figuré et du nom de cet objet, à établir l'idée de relation entre le mot « maison » par exemple et le dessin qui la représente ; de même, chez les aphasiques atteints de cécité des mots, le dessin de leur nom réveille une image d'un autre genre, l'image tonale de leur nom, comme le dessin d'un objet quelconque réveillerait l'image tonale ou le nom de cet objet.

Il y a des malades qui, tout en ayant la cécité des mots peuvent copier les lettres. Ils les copient comme tout autre dessin dont la signification leur échappe. Tel est le cas de la malade dont l'observation a été prise avec grand soin, dans le service de M. Magnan, par Mlle Skwortzoff qui a tenté avec succès de réveiller chez elle la signification des lettres par l'intermédiaire des impressions tactiles.

Ch... âgée de 33 ans, fleuriste, devient subitement aphasique logoplégique et hémiplégique droite. Six mois après, elle cause assez bien, en s'arrêtant par moment, pour chercher un nom. Elle écrit de la main gauche et d'une écriture en miroir (Erlenmeyer) son nom, quelques lettres et chiffres. Elle peut copier des mots, mais lentement. Quant à la lecture, la malade ne reconnaît aucune lettre sans toutefois avoir oublié leur nom, car elle peut nommer au hasard plusieurs noms. Elle reconnait son nom écrit, mais non imprimé, sans distinguer aucune lettre dans ce mot. Quelque temps après son entrée à l'asile, elle ne peut reconnaître des gros caractères mobiles en relief, ni son nom formé avec ces caractères.

En s'exerçant tous les jours, les yeux fermés ou ouverts, elle a appris à bien toucher ces caractères au bout d'un mois, et commence à reconnaître au toucher la lettre O. Si le nom se faisait attendre, elle le nommait parfois « Lera ». Après plusieurs mois d'exercice elle a fini par ne jamais se tromper pour cette lettre. La seconde lettre qu'elle a appris à connaître fut la lettre C ; quand elle ne pouvait se rappeler le nom, elle disait en touchant la lettre : « C'est mon nom, c'est moi, c'est Ch... » La troisième fut i, puis successivement ; l, t, u, h, b, etc. En général, elle apprenait très difficilement les nouvelles lettres, mais réunissait facilement en syllabes et en mots les lettres qu'elle connaissait déjà. Elle lisait, sans trop de peine, en touchant les différentes lettres dont on composait des mots, mais se fatiguait très vite.

En cherchant quelquefois le nom d'une lettre déjà connue, elle prononçait au hasard plusieurs noms et, parmi eux, le nom de lettres qu'elle ne distinguait pas encore au toucher et dont on ne lui avait pas encore dit le nom. Ce n'est donc pas le nom qui lui faisait défaut, mais bien la possibilité d'approprier le signe tonal, le nom à la lettre (figure) qu'il doit exprimer. Parfois *la malade reconnaissait les lettres en les traçant avec son doigt.*

Quant à la surdité des mots (Kussmaull), c'est le défaut de compréhension des mots, sans qu'il y ait lésion de l'organe de l'ouïe, l'état intellectuel étant suffisamment conservé pour qu'on soit en mesure de comprendre ces mots écrits ou expliqués à l'aide de gestes. Au premier aspect, ces malades se présentent comme sourds ou aliénés. Des erreurs de ce genre ont été commises. Un examen attentif, fera exclure toute idée de surdité, car ces malades entendent les moindres bruits. Quand on leur parle, ils n'entendent qu'un bruit confus, sans pouvoir distinguer la signification des mots. Quelques-uns cependant, par un acte réflexe sans doute, répondent à l'appel de leur nom, qui ne forme pour eux qu'un bruit dont ils ne distinguent pas les parties constituantes. Voici un exemple de ce genre :

G... âgé de 54 ans, menuisier en voitures. Aphasie incomplète (logoplégie) à marche très lente. Deux ans après, on s'aperçoit qu'il ne répond plus ou répond à tort et à travers aux questions qui lui sont faites à haute voix et qui ne sont pas accompagnées de gestes ; il les comprend bien, si on les écrit. Trois ans après la surdité des mots, attaque d'apoplexie avec perte de connaissance, chute dans la rue, *sans paralysie à la suite.* Le jour de son entrée à l'asile, il répond à toutes les questions par « Boulevard de Grenelle, 131. » Sa fille vient demander de ses nouvelles, il la reconnaît, l'embrasse et à tout ce qu'elle lui dit, il répond invariablement la même phrase. Il lit, articule très nettement, en comprenant ce qu'il lit, copie et écrit spontanément, dessine et fait bien le calcul, *mais il ne peut rien écrire sous la dictée.* Il entend bien les sons et les bruits, son d'une cloche, chute d'une épingle, etc. La phrase la plus simple, mais non accompagnée de gestes, n'était jamais comprise par lui. Si, par exemple, on lui disait : « Allez-vous-en » il ne bougeait pas, mais répondait cependant à l'appel de son nom, comme cela a déjà été dit.

Comment convient-il d'interpréter ces phénomènes ? Évidemment, on trouve là en dehors des lésions vulgaires de l'aphasie, car il s'agit en réalité, non pas seulement d'une altération de la fonction du langage, mais bien aussi d'appareils annexes dont le fonctionnement est lésé en raison du siège spécial du processus anatomo-pathologique. Un schema dont se sert Magnan dans ses cours, pour faciliter l'interprétation de ces phénomènes, et reproduit dans la thèse de Mlle Skwortzoff, montre que, dans le cas de cécité des mots, la lésion porte sur les fibres qui constituent la voie de transmission entre le centre de formation des mots et le centre où se forment les images visuelles. Le malade a bien l'image visuelle de tous les objets ainsi que des lettres, mais en raison de la rupture de communication entre le centre visuel et le centre d'idéation verbale, le malade est impuissant à établir le rapport entre la lettre qu'il voit et le nom qui lui appartient. Dans le cas de surdité des mots, la lésion siège dans les fibres conductrices qui vont du centre de formation des mots au centre où se forment les images auditives. Le malade entend le bruit des paroles ; il a la notion de ces mots, car il les comprend écrits, mais ne sait plus rapporter le son au mot qu'il sert à désigner.

Parmi les observations reproduites dans la thèse de Mlle Skwortzoff, il est fait mention quatre fois de l'examen nécroscopique.

1° Observations de Broadbent, cécité des mots : anciens caillots dans l'hémisphère gauche avec ramollissement de la substance cérébrale, en dehors du ventricule latéral, à son union avec le prolongement sphénoïdal. Hémorragie récente au même endroit.

2° Observations de Déjerine. Cécité des mots. Sarcome névroglique dans le lobule pariétal inférieur gauche.

3° Observations de Wernicke. Surdité des mots : Foyer de ramollissement dans la 1re circonvolution temporo-sphénoïdale gauche et dans une grande partie de la 2e.

4° Observations de Broadbent. Surdité des mots. Foyer de ramollissement occupant la moitié postérieure de la surface convexe de l'hémisphère gauche.

Le diagnostic différentiel entre la surdité des mots et l'amnésie verbale est souvent très difficile. La surdité des mots est moins fréquente que la cécité ; les deux états peuvent se trouver réunis chez le même malade. (Observations de Lordat.)

Outre l'intérêt qui s'attache à ces faits, au point de vue des éléments nouveaux qu'ils apportent à l'étude des localisations cérébrales, la connaissance de la cécité des mots, par exemple, ne laisse pas d'être importante pour le médecin légiste. Voici un aphasique, avec cécité des mots, mais non agraphique, qui fait son testament, le date, etc. et qui meurt. Comment jugera-t-on ce fait d'une personne qui rédige correctement un testament, alors qu'elle était dans l'impossibilité de lire, si l'on est dans l'ignorance de ces phénomènes ?

Cette thèse remarquable, riche de faits forts intéressants et fort bien étudiés, contient, en dehors des cas qui se rattachent à la cécité et à la surdité des mots, un nombre considérable d'observations variées pour chacune des formes de l'aphasie. PAUL GARNIER.

Asyllabie ou amnésie partielle et isolée de la lecture, par BERTHOLLE (*Gaz. hebd. de méd.*, n° 19, 1881).

L'amnésie partielle et isolée de la lecture, que l'auteur propose de désigner sous le nom d'asyllabie, n'a pas été signalée jusqu'à présent; habituellement cette forme de l'amnésie est associée à l'aphasie. L'observation rapportée par Bertholle mérite donc d'être résumée dans ses principaux traits :

Homme de 52 ans, sans antécédents, atteint subitement le 24 décembre 1872 d'accidents épileptiformes suivis de coma ; ce coma dure deux à trois jours et est remplacé par un délire violent, avec excitation maniaque. Le délire va en s'atténuant pour cesser définitivement dans les premiers jours de mars 1873. Convalescence courte et retour de toutes les facultés, à part une seule, le souvenir de la lecture. Le malade voit les lettres, mais ne peut les assembler d'emblée et, s'il peut lire un mot il ne peut le joindre au suivant sans avoir préalablement épelé chaque lettre, comme un écolier qui apprend la lecture. Chose plus extraordinaire, il peut écrire et ne peut relire son écriture ; dès lors il se met à travailler pour rapprendre à lire.

Au mois de mai 1875, l'amélioration est notable ; la santé générale est

bonne, les facultés sont intactes; le malade peut lire dans un journal le tiers d'une colonne assez couramment; il hésite encore sur quelques mots qu'il est obligé d'épeler tacitement.

En mars 1876, la malade peut lire, et presque sans hésitation, le premier Paris d'un journal. Il a même écrit deux lettres qu'il montre avec joie et qui sont assez bien rédigées. Cependant son attention ne peut être soutenue : au bout d'un certain temps tout se brouille devant ses yeux.

Au mois de septembre 1878, attaque d'hémiplégie incomplète de côté droit; un mois après retour à peu près complet du mouvement, mais la lecture est redevenue plus lente et plus difficile.

Vers le milieu de février 1879, le malade éprouve un notable embarras de la parole; puis le 26, survient brusquement une nouvelle attaque d'hémiplégie droite plus complète que la première. L'embarras de la parole, c'est-à-dire de la prononciation des mots sans aphasie, est plus marqué, et la difficulté de lire sensiblement plus grande. Il hésite à chaque mot, qu'il prend séparément et même par syllabes; les mots inusités sont plus longs, plus pénibles; toutefois l'intelligence reste intacte.

Au mois de septembre 1879, augmentation des accidents paralytiques. En novembre, les symptômes s'aggravent rapidement, et subitement apparaît un embarras extrême de la parole, avec des envies fréquentes de rire et de pleurer ; le malade ne peut plus prononcer que quelques mots et il a conscience qu'il ne sait pas trouver le mot juste. C'est donc la première manifestation de l'aphasie.

Ces troubles vont s'accentuant en 1880, et le 24 décembre, date anniversaire du premier accident épileptiforme remontant à 8 années, le malade ne prononce plus que quelques mots inarticulés, laisse aller ses urines et ses matières fécales, est complètement hémiplégique. La maladie est dans sa phase ultime.

En résumé, il s'agit d'un malade ayant perdu la mémoire de la lecture, avec conservation de la parole et de l'écriture, après une première attaque apoplectique ; l'aphasie vraie n'est survenue que sept ans après à l'occasion d'une attaque d'hémiplégie droite. L'auteur, se basant sur la marche de la maladie, pense qu'il s'agissait d'un ramollissement cérébral avec ruptures vasculaires successives. P. MERKLEN.

Du délire ambitieux dans les affections organiques du cerveau et les maladies de la moelle, par M. BAILLARGER (*Annales méd. psych., mai* 1881).

Il arrive quelquefois chez des malades atteints de lésions locales du cerveau ou de maladies de la moelle que le délire des grandeurs, avec les caractères qu'il offre dans la paralysie générale primitive, peut durer plusieurs mois, une année et même plus, sans qu'on trouve à l'autopsie les lésions de la péri-encéphalite chronique.

Ce délire ambitieux, précédé quelquefois de congestion cérébrale, accompagné de lésions des mouvements dues aux altérations locales du cerveau, aux maladies de la moelle, fait croire tantôt simplement au début d'une paralysie générale, tantôt à l'existence d'une paralysie générale confirmée, et on est tout étonné de voir ce diagnostic démenti par l'autopsie.

Ces faits soulèvent des questions intéressantes de physiologie pathologique.

Les six observations choisies par l'auteur démontrent en effet que le

délire des grandeurs généralisé persistait longtemps sans qu'on constatât à l'autopsie les altérations ordinaires de la péri-encéphalite. Ces faits expliquent la guérison de certains accès de délire ambitieux du début de la paralysie générale que l'on voit guérir après quelques mois. Les observations réunies dans ce travail serviront donc, comme le dit l'auteur, à éclairer la question des rémissions dans la paralysie générale.

MARCEL BRIAND.

Contribution à l'étude de la folie à deux, par MARANDON (de Montyel) (*Annales médico-psychologiques, janvier* 1881).

La folie à deux comporte trois ordres de faits parfaitement distincts :

1° La folie imposée dans laquelle un aliéné impose ses conceptions délirantes à un être intellectuellement et moralement plus faible que lui.

2° La folie simultanée dans laquelle deux individus héréditairement prédisposés, vivant dans le même milieu et soumis aux mêmes influences contractent en même temps le même délire.

3° La folie communiquée dans laquelle un aliéné communique ses hallucinations et ses conceptions délirantes à un héréditaire. M. B.

De la narcolepsie, par GÉLINEAU (*Thèse de Paris*, 1881).

Sous le nom de narcolepsie, l'auteur décrit un état particulier caractérisé essentiellement par un besoin de dormir, subit, irrésistible, ordinairement de courte durée, se reproduisant à des intervalles plus ou moins rapprochés. Ce serait là une véritable névrose intermédiaire entre la somnolence simple et la catalepsie, le plus ordinairement confondue avec le petit mal, la dyspepsie soporeuse.

L'auteur relate quelques intéressantes observations sur cette invasion soudaine du sommeil qui triomphe de la volonté la plus tenace. Bien que le chapitre consacré au diagnostic différentiel soit l'objet d'une étude sérieuse, il est cependant difficile de se défendre, en lisant ce petit mémoire, de l'idée d'une assimilation complète entre la narcolepsie et le morbus sacer; et beaucoup penseront encore qu'il s'agit bien là, en effet, d'une névrose; mais que celle-ci est la névrose épileptique, qu'en un mot, le narcoleptique n'est autre qu'un vertigineux. PAUL GARNIER.

Contribution à l'étude de la démence épileptique, par BOURNEVILLE et H. D'OLIER. — Examen histologique, par BRISSAUD (*Arch. de Neurologie, octobre* 1880).

En pratiquant l'autopsie d'épileptiques morts en état de démence, on rencontre des lésions considérables, dans certains cas, et dans d'autres, on ne trouve aucun désordre sérieux, et cela, bien que, sous le rapport clinique, on n'eût observé aucune différence sensible.

Les particularités nécropsiques les plus remarquables mentionnées par les auteurs, consistent en une adhérence méningée très profonde et d'importantes modifications de la substance blanche, tandis que la couche superficielle de la substance grise conserve, à peu près, tous ses carac-

tères normaux. Les cylindres axiles se font remarquer par l'inégalité extrême de leurs dimensions et de celles de leurs gaines de myéline. Les noyaux de la névroglie, aux dépens desquels paraissent se former les cellules araignées, ont doublé en nombre; le réseau capillaire est très développé avec multiplication des noyaux dans les parois vasculaires.

Ces lésions ont la plus grande analogie avec celles de la méningo-encéphalite chronique diffuse : toutefois, l'absence bien constatée d'anévrismes miliaires est à noter comme point de dissemblance.

En outre, les symptômes qui caractérisent la démence épileptique ne sont comparables que de loin aux symptômes de la paralysie générale. Ici, en effet, pas de délire des grandeurs, nulle inégalité pupillaire, etc.

Ces malades diffèrent complètement, du reste, des rares épileptiques qui, outre leur névrose, sont atteints de paralysie générale; en pareil cas, la méningo-encéphalite diffuse se présente avec son cortège symptomatique habituel. P. G.

Du somnambulisme en général : nature, analogies, signification nosologique étiologie avec 8 observations de somnambulisme hystérique, par Ernest CHAMBARD (*Thèse de Paris*, 1881 et *art. du Dictionnaire encyclopédique*).

L'auteur s'est efforcé de préciser les caractères psychologiques du somnambulisme et de déterminer la place que doit occuper cette névrose dans le cadre nosologique ainsi que les conditions prédisposantes et occasionnelles qui en déterminent l'apparition. Son travail peut être considéré comme une étude du somnambulisme au double point de vue de la psychologie et de la pathologie générale.

Le premier chapitre est consacré à l'analyse des modifications fonctionnelles du système nerveux de relation, qui, selon leur mode d'association, déterminent des processus comparables entre eux, mais non identiques, dont les principaux sont : l'invasion du sommeil, le retour à l'état de veille, le rêve, la léthargie lucide, les délires généraux et le somnambulisme lui-même. L'auteur y montre les rapports qui relient entre elles les différentes formes aujourd'hui plus ou moins bien connues de cette névrose.

Dans les deux chapitres suivants, M. Chambard envisage le somnambulisme comme affection, et traite de sa signification nosologique, de son étiologie; on y trouve des aperçus nouveaux sur l'étiologie générale de cette névrose.

Le quatrième chapitre est un énoncé de conditions prédisposantes et occasionnelles sous l'influence desquelles surviennent les accès somnambuliques spontanés; il renferme également un tableau synoptique des influences hypnogéniques dont l'auteur étudie le mode d'action et les effets.

Cette étude est suivie de huit observations très détaillées de somnambulisme hystérique, parmi lesquelles nous signalerons surtout les trois premières qui ont pour sujet, l'une une hystérique mystique et nymphomane; la seconde, un jeune homme hystérique ; et la troisième, une hystérique atteinte de chorée rythmique et arythmique.

En donnant souvent la parole à ses malades, l'auteur met surtout en relief leur caractère spécial et les divagations délirantes auxquelles elles se livrent pendant leurs accès de somnambulisme déterminés soit par les procédés hypnotiques ordinaires, soit par des injections de cannaline, soit encore par des inhalations d'éther et de chloroforme.

Le lecteur peut juger par ce court résumé de l'intérêt qui se rattache à la thèse de M. Chambard.

MARCEL BRIAND.

On some intestinal lesions in the insane (De quelques lésions intestinales chez les aliénés), par T. CLAYE SHAW (*Saint-Bartholom. Hosp. Rep.*, *XVI*, *p.* 9).

L'auteur partant de ce point de vue que le système nerveux est le grand régulateur de la digestion, et par suite de l'intégrité du tube digestif, montre qu'il existe des lésions intestinales fréquentes chez les aliénés. Ces lésions siègent de préférence sur le côlon et dans le jejunum ; elles consistent en plaques ulcéreuses souvent assez confluentes pour ressembler à un gâteau de miel. Les bords en sont légèrement surélevés, le fond est tapissé d'une matière gélatineuse jaunâtre. Le symptôme qui indique cet état de l'intestin est une diarrhée fétide et permanente qui se rencontre chez beaucoup d'aliénés. H. R.

Folie traumatique ; trépanation, guérison, par D. MOLLIÈRE (*Lyon médical*, 3 *avril* 1881).

Le 14 septembre 1880, le sujet de cette observation, homme de 41 ans, reçut à la tête un coup de pied de cheval. Fracture avec enfoncement de l'un des fragments. Perte de connaissance pendant 24 heures ; résolution presque complète. Le lendemain, le malade se lève pour uriner, pas de réaction fébrile. Il manifeste une certaine agitation, crie. A son entrée à l'hôpital, 7 octobre, le malade est dans un état d'hébétude ; il ne peut faire quelques pas qu'en titubant ; il ne répond pas aux questions et regarde d'un œil stupide ce qui se passe autour de lui. Au moment de la visite il est assez calme, mais pendant le reste de la journée et la nuit, il se met en fureur et pousse des vociférations qui terrifient ses voisins. Apyrexie complète. Céphalalgie intense. Pas de paralysie ni d'anesthésie. Pas d'albuminurie ni de glycosurie.

Au niveau du temporal gauche, plaie fistuleuse, située au-dessus du conduit auditif externe et conduisant sur une portion d'os dénudé.

Une incision cruciale fait constater une fracture étoilée avec enfoncement. Trépanation ; relèvement des fragments. La dure-mère semblait saine. Craignant un épanchement purulent sous-méningé, l'auteur ponctionne la dure-mère d'un petit coup de bistouri. Issue de liquide céphalo-rachidien.

Le lendemain, même état psychique.

Le surlendemain, le malade parle, réclame sa famille. Au bout d'un mois, la plaie était cicatrisée, le malade parlait bien, marchait avec assurance. Il est cependant plus susceptible qu'avant son accident ; mais il peut s'occuper de ses affaires avec activité. A. C.

I. — Studi citometrici sopra gli alienati, par RAGGI (*Rivita sper. di fren. e di med. leg., fasc. III et IV*, 1881).

II. — Rivista della trasfusione del sangue, par CONTI (*Annali universali*, mars 1881).

I. — Les observations de Raggi faites sous la direction de Golgi ont porté sur 59 sujets atteints de diverses formes de folie. Il a noté la diminution de l'hémoglobine chez le tiers des sujets et notamment chez cinq d'entre eux, où elle était tombée au-dessous de la moitié de la normale. Cette diminution s'accuse plus encore chez les femmes et dans les états aigus de la folie, et surtout dans les formes dépressives. Guidés par ces résultats, les auteurs croient que, lorsque l'anémie ne peut être attribuée à une lésion organique, lorsqu'elle n'est pas améliorée par les médications ordinaires, la transfusion du sang dans le péritoine suivant la méthode de Ponfick est indiquée. Golgi l'a faite chez deux malades de sa clinique et a obtenu une amélioration de l'état général et de l'état mental. La même opération a été répétée par Golgi et Raggi en présence des membres du congrès italien de psychiatrie chez un pellagreux et un lypémaniaque : le chiffre de l'hémoglobine s'éleva assez rapidement après l'opération et pendant les dix premiers jours consécutifs. Mais d'ailleurs on ne nota aucune autre amélioration dans l'état général et dans l'état mental. Dans ces divers cas, l'opération a été facile et simple et ne s'est accompagnée d'aucun accident.

II. — La *transfusion péritonéale* a été faite 14 fois en Italie pendant les années 1879-80. 12 personnes ont été opérées, dix fois l'opération a été suivie d'une amélioration marquée, quatre fois elle n'a produit aucun résultat. On a opéré des individus atteints de lypémanie, d'anémie pernicieuse progressive, d'ankylostomiase, d'anémie consécutive à des hémorragies. Dans un cas opéré par Concato, pour remédier à une anémie pernicieuse consécutive à l'ankylostomiase, on trouva à l'autopsie une péritonite généralisée séro-fibrineuse. F. BALZER.

La josciamina nelle malattie mentali (L'hyosciamine dans les maladies mentales), par SEPPILLI et PRIVA (*Riv. sper. di fren. e di med. leg., fasc. 1 et 11*, 1881).

L'hyosciamine a évidemment une action sédative et hypnotique, mais elle ne doit pas être préférée aux substances qui ont une action analogue, à cause des inconvénients que détermine la prolongation de son emploi. Elle a donné de bons résultats dans la manie récurrente ; quand on l'administre au début de l'accès, elle réussit non à l'empêcher, mais à en diminuer l'intensité. L'hyosciamine diminue quelque fois l'intensité des accès épileptiques et les rend plus rares.

Son administration est facile ; elle peut être donnée par la voie hypodermique sans inconvénients ; elle peut suppléer, par conséquent, le chloral que les malades se refusent souvent à accepter soit en potion, soit en lavement.

Elle peut être utile aussi dans les cas où il est nécessaire de transporter

des fous agités ; c'est un moyen sûr, efficace, qui le calme rapidement, rend la surveillance moins périlleuse et l'emploi de la coercition moins nécessaire. Les doses employées ont été de cinq milligrammes à un centigramme. Quand on commence le traitement, il est sage de commencer par très petites doses, 2 à 4 milligrammes seulement. Dans deux cas de manie chronique, la dose a été portée jusqu'à 3 centigrammes par jour, divisée en 3 injections.

F. BALZER.

I. — Ueber die Anwendung des Hyoscyamin bei Geisteskranken, par MENDEL (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 22, *p.* 317, 31 *mai* 1880).

II et III. — Ueber die Anwendung und Wirkung des Hyoscyamins bei Geisteskranken und Epileptischen (De l'emploi et des effets de l'hyoscyamine chez les aliénés et les épileptiques), par REINHARD, GNAUCK et discussion (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 9, *p.* 131, 28 *février* 1881 *et* n° 10, *p.* 142, 7 *mars* 1881).

I. — Mendel s'est servi, chez les aliénés agités, de l'hyoscyamine *cristallisée* de Merk qu'il administrait en injections répétées deux ou trois fois par jour. Il débutait par la dose de 2 milligrammes pour monter à celle de 10, car la tolérance s'effectue rapidement. Jamais il n'a vu cette médication produire de l'inappétence ou des nausées. Les effets somatiques du médicament (dilatation pupillaire, accélération du pouls, augmentation de la tension sanguine) se sont montrés promptement. Quant aux effets psychiques, à l'action calmante, il en a obtenu dans certains cas où les autres médicaments s'étaient montrés impuissants.

II. — Pour ses expériences entreprises sur 27 aliénés ou épileptiques, Reinhard a employé de l'hyoscyamine *amorphe*. Au début, il en injectait 2 fois par jour 2 ou 3 milligrammes, mais il a noté un certain nombre de phénomènes désagréables ou même inquiétants. Ce sont par ordre de fréquence décroissante : vertiges et titubation, oppression avec anxiété, abattement extrême, tremblement et troubles de la coordination, exagération de l'excitabilité réflexe, céphalalgie, inappétence, raucité ou aphonie, excitations maniaques avec délires variés et hallucinatieus de la vue, diathèse furonculeuse, vomissements, sécheresse de la bouche, conjonctivite, parésies, contractures, collapsus, excitation des fonctions respiratoire et circulatoire, hallucinations du goût, aphasie.

La double injection quotidienne de doses moins fortes (1 à 1 milligramme et demi), a également déterminé assez souvent des phénomènes analogues, mais atténués, quand on la continuait un certain temps. Constamment l'usage prolongé du médicament a produit un teint cachectique de la face et même chez quelques patients de l'émaciation; chez les femmes, les accidents étaient plus précoces et plus marqués.

La fréquence des phénomènes incommodes consécutifs et les effets puissants de doses relativement infimes contrastent avec les résultats d'autres expérimentateurs et doivent peut-être leur explication à la présence dans l'hyoscyamine amorphe d'un alcaloïde de nature inconnue.

En résumé :

L'hyoscyamine calme et abrège beaucoup d'états maniaques purs ; elle paraît surtout active dans les périodes d'excitation en rapport avec la menstruation.

Chez un certain nombre d'épileptiques, elle diminue le nombre et l'intensité des crises.

Dans tous les cas où le médicament a plus ou moins réussi, le pouls des malades était auparavant contracté.

Comme l'hyoscyamine, non seulement accélère les battements cardiaques, mais encore affaiblit la tonicité vasculaire en donnant naissance à un pouls ondulant analogue à celui de la fièvre typhoïde, il est possible d'expliquer ainsi les mauvais effets du médicament chez les patients qui ont une mollesse préexistante du pouls.

Vu son action sur le cœur et les fonctions de nutrition, l'hyoscyamine ne peut être administrée longtemps de suite, sous peine d'occasionner une paralysie cardiaque.

Il en résulte que ce médicament n'a qu'une valeur médiocre au point de vue pratique.

III. — L'hyoscyamine a de plus que l'atropine, deux propriétés : c'est un calmant et un hypnotique. Ces deux actions qui lui sont spéciales peuvent se produire conjointement ou isolément. Dans le premier cas, généralement le calme est vite obtenu et bientôt survient un sommeil de plus ou moins longue durée, au sortir duquel la tranquillité se maintient encore d'habitude une demi-journée. Il est beaucoup plus rare de voir le sommeil être le premier effet de l'injection. Dans ce dernier cas, le sommeil apparaît rapidement, dure peu et au lieu d'être suivi de calme, est suivi d'une nouvelle agitation.

Les phénomènes concomitants, notés le plus communément, sont une céphalalgie peu intense, un voile léger devant les yeux, la soif, la sécheresse de gorge, l'abattement, un peu d'embarras de la parole, l'accélération du pouls et la mydriase.

A la suite d'un usage prolongé de l'hyoscyamine, on peut voir de l'inappétence, un peu de prostration, de la dysurie vésicale, de l'amaigrissement. Ce médicament est donc contre-indiqué chez les individus dont la nutrition et l'état général laissent à désirer.

Comme Reinhard, Gnauck a reconnu que la morphine était un antagoniste de l'hyoscyamine.

Dans ses expériences qui ont été faites au quartier d'aliénés de la Charité de Berlin, Gnauck a eu recours à des injections sous-cutanées de l'hyoscyamine cristallisée de Trenk.

En général, chez l'adulte, la dose active minima du médicament est 3 milligrammes et la dose maxima est 2 centigrammes.

En dehors des cas impossibles à prévoir où l'hyoscyamine, loin d'être un calmant, devient un excitant, il est des circonstances où son impuissance est habituelle : ce sont les divers états anxieux, particulièrement ceux des mélancoliques. Elle est en outre inefficace contre l'épilepsie.

En revanche, son administration est tout indiquée dans la manie et les excitations maniaques des paralytiques, épileptiques, etc. Ici elle agit en général avec une rapidité surprenante ; en quelques minutes, le maniaque est calmé sinon même endormi.

De plus, c'est un hypnotique à essayer chez les malades où les autres soporifiques n'agissent plus.

Mendel qui poursuit ses expériences avec la même préparation que Gnauck, confirme les résultats énoncés ci-dessus. (*R. S. M*, I, 853 ; III, 77; V, 289 ; VII, 535 et VIII, 155.) J. B.

Delirium tremens ; Insuccès du chloral et de l'opium, guérison par le haschich, par VILLARD (*Progrès médical*, 19 *février* 1881).

X..., âgé de 48 ans, est adonné aux liqueurs alcooliques depuis plusieurs années. Le delirium débute à la fin de janvier ; dans la journée du 28 le malade prend 5 grammes de chloral sans succès. Du 28 janvier au soir au matin du 30 janvier 0gr,35 d'extrait thébaïque également sans succès ; on lui administre le 30 et le 31 0gr,50 d'extrait de haschich ; le 1er février l'agitation avait disparu. H. L.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OSTÉITE ET OSTÉOMYÉLITE.

I. — **De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, par LANNELONGUE** (*In-8°, Paris*, 1879).

II. — **De l'ostéomyélite pendant la croissance, Rapport de PANAS sur la communication de LANNELONGUE** (*Bulletin de l'Académie de médecine, 2e série, t. VII, p.* 1288).

III. — **Périostite phlegmoneuse, ostéomyélite aiguë diffuse du tibia chez un adolescent, par TILLAUX** (*Bull. de la Soc. de chir., t. IV, p.* 815 *et* 850, 1878. — *Discussion, ibid.*, 852 ; *t. V, p.* 2, 1879).

IV. — **Deux résections sous-périostées de l'extrémité inférieure du tibia chez des sujets ayant plus de 30 ans, suivies de reformation de l'os, par PAMARD** (*Ibid., t. V, p.* 324 *et* 328, 1879).

V. — **Discussion sur l'ostéomyélite** (*Ibid., pages* 360, 375, 398, 424, 450, 513, 1879).

VI. — **De la résection précoce de toute la diaphyse du tibia dans certains cas d'ostéomyélopériostite diffuse aiguë, par E. FAUCON** (*Mémoires couronnés de l'Acad. de Belgique*, 1880).

VII. — **Sur trois cas d'ostéo-myélite aiguë ayant nécessité l'amputation de la cuisse (Particularités relatives à la pyohémie d'origine osseuse et à l'action préservatrice du pansement phéniqué sur l'éruption variolique dans la région où ce pansement est appliqué) par LANNELONGUE** (*Soc. de chirurgie, t. VI, p.* 292, 1880).

VIII. — **Désarticulation de la hanche pour une nécrose du fémur suivie de fracture spontanée et d'une périostite suppurée très étendue. — Guérison. — Appareil prothétique, par Albert DEMONS ; rapport par TERRIER** (*Ibid., p.* 722).

IX. — Nécrose du fémur sans suppuration; fracture spontanée, par MORRANT BAKER (*Medico-chirurg. transact.*, *t. LX*, *p.* 187, 1877).

X. — Fall von Nekrose des entzündlich gelösten Schenkelkopfes (Décollement épiphysaire et nécrose de la tête du fémur), par F. RIEDINGER (*Würtzb. Verhandl.*, *N. S.*, *t. X*, 1 *et* 2, *p.* 63, 1876).

XI. — Fracture spontanée de la partie moyenne de la clavicule, par RITTER (*Memorab.*, 1875, *t. XX*, 9, *p.* 398).

XII. — Parallèle des différentes interventions chirurgicales dans l'ostéomyélite aiguë, par Paul PION (*Thèse de Paris*, 1880).

XIII. — Ostéomyélite épiphysaire (typhus des membres) chez une femme de 53 ans, par FREDERICO ALESSANDRINI (*Annali universali di medicina, vol.* 251, *p.* 468, 1880).

XIV. — Ueber einen unter m Bilde eines Febris intermittens perniciosa verlaufen des Fall von Osteomyelitis Sterni (Ostéomyélite du sternum évoluant sous les apparences d'une fièvre pernicieuse), par SALOMON (*Deutsche med. Wochenschr.*, *n°* 52, 880).

XV. — Fall von Osteomyelitis multiplex acuta, par ESTLÄNDER; observ. communiquée par SCHULTEN (*Finska Läkaresällsk. handl.*, *t. XIX*, 1, *p.* 31, 1877).

XVI. — Ostéomyélite suraiguë maligne chez un enfant de 5 ans, par Th. NEUREUTTER et J. SALOMON (*Œsterr. Jahrb. f. Päd.*, *N. S.*, *t. VII*, *p.* 23, 1876).

XVII. — Zur Kenntniss der Mikrokokken bei acuter infectiöser Osteomyelitis; Mikrokokkenherde im Gelenkknorpel (Présence de micrococcus dans les cartilages articulaires, dans l'ostéomyélite aiguë), par Max SCHÜLLER (*Centralbl. f. Chirurg.*, *n°* 42, 1881).

XIX. — Étiologie de l'ostéite et de la périostite chroniques, par LÜCKE (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, *t. III*, *pages* 3 *et* 4, 1880).

XX. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite envisagée dans ses rapports avec la fièvre typhoïde, par J. RENDU (*Thèse de Paris*, 1880).

XXI. — La fièvre typhoïde et la périostite, par M. MERCIER (*Revue mensuelle*, *n°* 1, *p.* 21, 1879).

XXII. — Considérations sur un cas de fièvre typhoïde compliquée d'arthrites et et de synovites purulentes généralisées, par A. ROBIN (*Gaz. méd. de Paris*, *n°* 40, *p.* 41, 1881).

XXIII. — De l'ostéomyélite chronique ou prolongée, par O. LANNELONGUE et J. COMBY (*Archiv. gén. de méd.*, *sept.*, *oct.*, *nov. et décembre* 1879).

XXIV. — Contribution à l'étude des abcès osseux consécutifs à l'ostéomyélite des adolescents, par P.-E. LAGRANGE (*Thèse*, *Paris*, 1880).

XXV. — Sur les abcès osseux médullaires, conclusions d'un travail de CHASSAIGNAC, communiquées par LARREY (*Acad. des sciences*, *nov.* 1879 *et Soc. de chirurgie*, *t. VI*, *p.* 138, 1880).

XXVI. — Abcès chronique du tibia consécutif à une ostéomyélite ancienne, par P. BERGER (*Soc. de chir.*, *t. V*, *p.* 441, 1879).

XXVII. — Abcès du tibia, trépanation, guérison, par TRÉLAT (*Soc. de chirurg.*, *t. VII*, *p.* 441, 1881).

XXVIII. — Abcès central du tibia, trépanation, par HEURTAUX (*Soc. de chirurgie, t. VII, p.* 337, 1881).

XXIX. — Sur une forme d'ostéite chronique ou ostéite cavitaire, par TH. GOUREAU (*Thèse de Paris*, 1880).

I. — Parmi les recherches et les travaux récents qui ont eu pour objet les inflammations aiguës du tissu osseux, il en est peu qui aient autant soulevé l'intérêt, et provoqué de plus vives controverses que le mémoire de M. Lannelongue sur l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. Les idées sur la nature et le traitement de cette affection, dont ce chirurgien s'est fait le promoteur dans le remarquable travail qu'il a communiqué à l'Académie de médecine, ont été résumées par lui-même avec la plus grande netteté au commencement même de son mémoire :

Pour l'auteur, l'affection décrite jusqu'alors sous les noms de « périostite phlegmoneuse, d'ostéite épiphysaire, etc. » ne serait en réalité qu'une ostéomyélite aiguë.

Pour bien comprendre ce terme, il faut se reporter à la conception du tissu osseux telle qu'elle résulte de certains travaux, notamment de ceux de M. Ranvier. Ceux-ci nous représentent l'os, en voie de développement, baigné en quelque sorte dans la moelle osseuse qui se continue du canal médullaire et des mailles du tissu spongieux à la couche ostéogène du périoste à travers les conduits nourriciers, les canaux de Havers, et le long des cartilages épiphysaires. C'est à ce tissu médullaire que serait dévolu tout le rôle actif dans l'accroissement et la nutrition du tissu osseux proprement dit : c'est lui, suivant M. Lannelongue, qui serait le siège exclusif des altérations pathologiques *primitives*. Toute inflammation de l'os serait donc primitivement une ostéomyélite, et comme Billroth l'avait avancé, il y a plus de dix ans, l'ostéite vraie n'existerait pas, au sens propre du mot.

M. Lannelongue appuie cette opinion sur une étude anatomique des lésions de l'ostéite aiguë observées à ses différents stades, envisagées dans celles des parties constituantes de l'os qui en sont l'objet. Cette description, faite avec une grande précision, est précédée de quelques considérations générales. L'auteur relève avec soin ce fait, qu'il est un des premiers à avoir suffisament mis en lumière, que si les os longs sont plus disposés à l'ostéite aiguë (ou ostéomyélite; nous envisagerons désormais ces deux termes comme synonymes), les os courts de la main, du pied, les corps vertébraux, les os plats du tronc et du crâne peuvent y être sujets. Les os longs du membre inférieur ont une prédisposition marquée à subir ses atteintes. Ainsi sur 67 cas, où un seul os était malade, 60 fois ce fut le membre inferieur, 7 fois seulement, le supérieur où se localisa l'affection. Dans ces 60 cas le fémur figurait pour 34, le tibia pour 23, le péroné pour 3 ; au membre supérieur l'humérus avait été pris 5 fois, le radius 2. — Le calcanéum, la rotule, les corps vertébraux sont les seuls os courts où l'on ait vu se développer l'ostéomyélite aiguë. Les os plats où on a pu l'observer, sont le maxillaire inférieur, l'os iliaque et l'omoplate. Plus rare dans ces deux espèces d'os, l'inflammation aiguë paraît y revêtir une plus grande gravité.

Dans les os longs, le siège primitif de la maladie se trouve dans l'encoche qui unit les diaphyses aux épiphyses, plus ou moins près du carti-

lage épiphysaire ; dans une proportion de 15 pour 100 environ, ce cartilage demeure intact, et l'affection progresse indifféremment vers l'épiphyse ou la diaphyse, ou dans ces deux directions à la fois. Elle ne suit donc pas la marche ascendante qu'on lui avait assignée primitivement.

L'une des conséquences les plus promptes de l'ostéomyélite est un décollement du périoste avec abcès sous-périostique, mais la présence de cet abcès n'est pas une condition nécessaire de l'affection. M. Lannelongue ne cite que deux exemples où l'abcès sous-périostique se soit terminé sans formation et élimination de séquestre. La nécrose, en effet, est sa conséquence presque fatale ; mais le décollement du périoste n'est pas sa seule origine : la destruction du tissu médullaire par la suppuration doit en prendre sa part. Suivant que ces deux lésions, destruction médullaire et décollement périostique existeront isolées ou combinées, circonscrites ou diffuses, la nécrose, qui en est la conséquence, présentera des variétés nombreuses ; ainsi M. Lannelongue distingue :

1° Une nécrose qui ne porte que sur les plus fines lamelles du tissu réticulaire ;

2° Une nécrose qui détache du tissu spongieux des épiphyses de petites esquilles ayant un aspect plein ou aréolaire, de la diaphyse des lames plus ou moins étendues ;

3° Il existe de vastes nécroses qui comprennent le tissu compacte et le tissu spongieux ;

4° Enfin, pour être complet, il faut signaler les nécroses concomitantes du nouvel os, produit des efforts de la réparation.

Mêmes variétés dans les formes qu'affecte la suppuration dans le tissu spongieux ou dans le canal médullaire ; nous retrouverons bientôt la description des abcès qui en résultent dans quelques-uns des travaux inspirés par M. Lannelougue que nous allons passer en revue.

Les destructions du cartilage conjugal sont partielles, étendues ou totales : quelquefois celui-ci est complètement conservé, mais le fait est rare. Sa disparition dérive d'un processus analogue à celui qui, frappant le tissu osseux, détermine sa résorbtion et fait communiquer les cavités centrales, normales ou accidentelles de l'os, avec la surface : elle aboutit à la formation de trous, de canaux, de pertes de substance plus ou moins étendues. Ces altérations des cartilages épiphysaires sont des plus importantes au point de vue des complications immédiates et de l'évolution ultérieure du développement dans l'os malade. Les lésions des cartilages diarthrodiaux, constamment secondaires, n'ont pas ce même intérêt ; et sur ce point, ainsi que sur les arthrites concomitantes de l'ostéomyélite, M. Lannelongue n'a que peu de chose à ajouter aux descriptions antérieures : il fait néanmoins ressortir que le cartilage épiphysaire est comme une barrière opposée aux progrès du mal, que plus il est épais, plus longtemps il peut résister, et que par conséquent les sujets très jeunes, dont les cartilages épiphysaires ont une certaine épaisseur, sont moins sujets aux complications articulaires graves de l'ostéomyélite, proposition qu'il ne faudrait pas prendre dans toute sa rigueur peut-être.

L'affaiblissement de l'os qui résulte de ces lésions conduit à trois états nouveaux, distincts les uns des autres, qui sont les décollements

épiphysaires, les séparations des diaphyses et les fractures spontanées. Le décollement épiphysaire résulte de la destruction du cartilage épiphysaire; suivant que ce dernier est normalement inclus dans l'articulation (fémur) ou qu'il est situé en dehors d'elle (tibia), le décollement sera intra ou extra-articulaire; il peut être partiel ou total, du reste. M. Lannelongue cite onze exemples de cette altération ; il mentionne en outre le décollement possible de certaines apophyses, notamment du trochanter, observé dans des cas d'ostéomyélite. Quand le cartilage de conjugaison reste intact, adhérent par une de ses faces à l'épiphyse, il y a simple détachement de la diaphyse, fait analogue, mais non point identique au précédent; l'auteur a trouvé cinq observations où cette disposition était mentionnée, quatre fois elle n'existait qu'à l'une des extrémités de la diaphyse, dans la cinquième, les deux bouts du tibia étaient séparés de leurs épiphyses. Quant à la fracture spontanée, qui résulte de la moindre résistance de l'os nécrosé et de l'insuffisante résistance des couches osseuses de nouvelle formation, elle s'est présentée dans 6 cas recueillis par M. Lannelongue : elle occupait toujours le corps du fémur. Nous citerons plus loin de nouveaux exemples de cette complication.

M. Lannelongue insiste ensuite sur le travail de réparation qui aboutit à la constitution d'un os nouveau. La texture, la disposition du nouvel os, par rapport à l'os ancien, créent de nouveaux états qui dénaturent la physionomie primitive de l'affection. Mais à cela ne se bornent pas les effets de la restauration, et c'est ici le lieu de parler de ces modifications dans la forme et dans la longueur de l'os, amenant tantôt un allongement hypertrophique, tantôt ayant pour effet un raccourcissement, tantôt une hypérostose, tantôt une courbure modifiant les rapports des différentes pièces du squelette. Ces états qui résultent de la suractivité momentanée des éléments de développement et d'évolution de l'os, ou de leur destruction totale ou partielle, sont la cause de déviations variées, puis d'attitudes vicieuses des membres qui compliquent beaucoup le tableau des terminaisons de l'ostéomyélite.

Nous passerons rapidement sur la description des symptômes parmi lesquels l'auteur accorde une importance toute particulière, au point de vue de la détermination du siège de la lésion primitive à la douleur. M. Lannelongue, d'ailleurs, qui insiste avec raison sur les signes et sur le diagnostic des principales complications, des décollements épiphysaires, des séparations de la diaphyse, des arthrites et des ostéomyélites secondaires, reste muet sur la distinction établie par Chassaignac, entre l'ostéomyélite proprement dite du canal médullaire et l'abcès sous-périostique aigu. Dans son introduction, en effet, il a soin de prévenir que cette distinction ne saurait exister pour lui, qu'elle est purement artificielle et que dans les deux catégories admises par son illustre devancier, « l'affection à la même origine, le même siège, une évolution identique en un mot ».

Un paragraphe très important est celui dans lequel l'auteur insistant sur les *fausses guérisons* montre, dans l'ostéomyélite, une affection progressive, procédant par poussées douloureuses, séparées par des intermissions souvent fort longues. L'inflammation aiguë, alors même qu'elle n'a pas abouti à la suppuration, ou que l'abcès a qui elle a donné nais-

sance s'est tari, n'arrive pas à l'évolution complète, reste latente, se manifestant de temps à autre par des crises nocturnes caractéristiques. Elle aboutirait alors fatalement, soit à la formation d'un abcès central dont l'évacuation seule peut amener la guérison définitive, soit à une hypérostose, soit, plus fréquemment encore, à une nécrose à plus ou moins longue échéance, à une de ces nécroses dont l'histoire est encore à faire en grande partie, et que l'on pourrait nommer des nécroses progressives.

C'est ce caractère fatal de l'ostéomyélite qui amène M. Lannelongue à préconiser, pour tous les cas d'inflammation aiguë de l'os, cette thérapeutique, d'une efficacité incontestable, mais dont l'adoption exclusive a soulevé tant de controverses :

« Dès que le diagnostic de l'affection est établi, la trépanation est la seule méthode dont les indications et l'opportunité soient indéniables. L'affection ayant une origine constante à l'une des extrémités des diaphyses, c'est en ce point que les désordres seront le plus accusés, au début, comme plus tard ; c'est là un premier lieu pour la trépanation. Mais une seule ouverture sera le plus souvent insuffisante : elle le sera toujours si le décollement du périoste ou l'abcès sous-périostique s'étend sur une certaine longueur de la diaphyse; d'où la nécessité d'en pratiquer une seconde. Cette seconde ouverture est d'autant plus nécessaire que, chez les jeunes sujets, le canal médullaire n'arrive pas jusqu'aux épiphyses ; par suite la première au lieu d'élection ne saurait l'atteindre. Elle n'en sera pas moins utile et évacuatrice, car le pus existe dans cette région spongieuse probablement avant d'atteindre le canal médullaire.

« La seconde trépanation devra prendre la direction de ce canal toujours placé au centre du cylindre; une seule incision suffit pour pratiquer ces deux trépanations que je place d'ordinaire à un pouce l'une de l'autre. Mais, s'il existait un vaste décollement du périoste, je crois utile de faire une seconde petite incision à la partie la plus inférieure du décollement, et de pratiquer à ce niveau un troisième trépan.

« La présence d'un abcès sous-périostique n'est nullement nécessaire pour l'application du procédé : on peut même assurer que la trépanation sera d'autant plus efficace qu'on y aura eu plus promptement recours.

« Chaque os présente à ses extrémités une région où on arrive sur lui par une voie plus facile que l'on devra suivre.

« La trépanation de l'os étant la méthode thérapeutique la plus rationnelle, et absolument inoffensive, doit être appliquée avec hâte ; mais elle n'est pas à l'abri d'un échec, et il importe de dire qu'elle ne rend nullement moins favorable l'adoption d'un autre parti, la résection ou la mutilation par amputation. »

II. — M. Panas, dans son rapport, se refusa tout d'abord à admettre que la moelle osseuse pût être le point de départ exclusif des inflammations osseuses que l'on observe chez les adolescents : « Si l'ostéomyélite, dit-il, joue un grand rôle dans la pathogénie de ces affections, on ne peut refuser à la moelle périostale, autrement dit au périoste, la possibilité de s'enflammer la première, au moins dans un certain nombre de cas. »

C'est cette même considération que fit valoir, avec plus de force encore, M. Gosselin. « M. Lannelongue, dit M. Gosselin, en avançant que

l'ostéite aiguë de la croissance débute par la moelle des os, et que, de l'altération de cette dernière, procèdent toutes les autres lésions, ne donne aucune preuve à l'appui. Il n'a, M. Panas l'a fait remarquer avec juste raison, aucune autopsie qui lui ait démontré cette localisation initiale, et, parmi les faits cliniques qu'il invoque, pas un seul ne l'a prouvé.

« Ce qui domine dans toutes les autopsies ce qui paraît dominer dans les faits cliniques, c'est la participation de toutes les parties constituantes de l'os à l'état inflammatoire; ce n'est pas donner un argument favorable à la thèse de l'auteur que de dire : Il y a de la substance médullaire dans toutes les parties constituantes de l'os, donc, quand une ostéite se généralise, cela doit tenir à ce que cet élément qui se trouve partout dans l'os, a été pri le premier, le même raisonnement pourrait être fait pour les vaisseaux sanguins, le tissu conjonctif qui les accompagne pour la trame osseuse elle-même; ces parties se trouvent partout dans l'os, et l'on serait également fondé à dire que l'ostéite débute par l'une ou l'autre d'entre elles, et notamment par les vaisseaux sanguins dont l'agrandissement et l'augmentation numérique ont été rendus si évidents par les travaux de Gerdy.

« La vérité est que quand un os se prend d'ostéite aiguë sur un jeune sujet, nous ne savons qu'une chose : c'est que toutes ses parties constituantes deviennent malades à la fois, et nous sommes tous absolument incapables de savoir et de montrer si c'est telle ou telle de ces parties qui a été lésée la première et qui a amené l'altération des autres. »

Se plaçant à un point de vue éminemment pratique, M. Gosselin ajoute : « Où la distinction devient utile, c'est lorsqu'une terminaison par suppuration vient à se produire. Il est utile alors, non pas de savoir par où a débuté la phlegmasie, mais de déterminer en quel lieu la suppuration s'accuse ; c'est très souvent sous le périoste, assez souvent sous ce dernier et en même temps au niveau de la ligne épiphysaire, quelquefois à l'intérieur du canal médullaire. — Pour moi, l'ostéite est d'emblée générale, dans tous les cas ; et elle reste telle, alors même que la suppuration se circonscrit, c'est-à-dire que l'inflammation, dans les points où elle n'arrive pas à la suppuration, reste à l'état hyperhémique et plastique avec tendance à l'hypertrophie; bref, à mon avis, le mot d'ostéite, qu'a créé Gerdy, est encore le meilleur pour la généralité des cas ; j'y ai ajouté, en 1858, le terme d'épiphysaire aiguë... »

M. Gosselin ne pouvait être partisan de la trépanation quand même. Il accepte et préconise ce mode d'intervention dans les cas où la suppuration occupe l'intérieur de l'os, « où l'ostéite épiphysaire est devenue de l'ostéomyélite suppurée ». Mais comme la suppuration médullaire ne se développe le plus souvent que quand la suppuration sous-périostique a persisté plusieurs jours, il pense que les incisions larges et prématurées du périoste, combinées au drainage et aux injections antiseptiques, peuvent prévenir la participation du tissu médullaire à la suppuration, et sont, par conséquent, la seule méthode rationnelle et pratiquement efficace, dans les cas où l'ostéite est primitive et l'ostéomyélite secondaire.

III, IV, V. — La question soulevée par M. Lannelongue à l'Académie de médecine ne pouvait manquer d'intéresser la société de chirurgie. Une discussion surgit une première fois à l'occasion de la présentation

d'une pièce faite par M. Tillaux. Il s'agissait d'une ostéomyélite du tibia ayant évolué d'une manière aiguë et s'étant accompagnée d'une dénudation totale de cet os, et pour laquelle l'amputation de la cuisse avait dû être pratiquée. Ce fut l'occasion, pour MM. Marjolin et Tillaux, d'affirmer la distinction établie par Chassaignac entre l'ostéomyélite proprement dite, ostéomyélite centrale si l'on veut, débutant par le canal médullaire, et les inflammations osseuses reconnaissant un point de départ plus superficiel, notamment la périostite phlegmoneuse. Sans nier les points de contact qui existent entre ces deux variétés anatomiques de l'ostéite, et tout en reconnaissant que l'un de ces degrés pouvait à une époque ultérieure de l'évolution pathologique se compliquer de l'autre, ils ont pensé qu'il existe au point de vue de la gravité et même de certains signes, des différences réelles.

M. Guéniot, dans la même séance, montra les pièces du squelette d'une petite fille de 12 jours qui avait succombé dans son service avec des suppurations centrales sur l'extrémité supérieure de l'un et l'autre humérus, sur celle des deux fémurs, sur l'extrémité inférieure du radius droit, sur celle du tibia gauche et sur l'extrémité antérieure d'un certain nombre de côtes. Rappelant les magnifiques travaux de M. Parrot sur l'altération spécifique des os que l'on observe chez les nouveau-nés atteints de syphilis congénitale, et quelques cas analogues rapportés par Valleix, MM. Parrot, Porak, et par lui-même, il se demanda si l'ostéomyélite suppurative de l'enfance ne devrait pas être dans certains cas considérée comme une manifestation de la syphilis héréditaire.

Près d'un an après, une communication de M. Pamard devint le point de départ de nouvelles controverses : Il s'agissait de deux sujets âgés de plus de 30 ans chez lesquels à la suite d'une inflammation prolongée depuis l'adolescence ou même l'enfance, il s'était formé au centre de l'extrémité du tibia des abcès entourés d'une zone d'ostéite condensante, dans le premier cas, raréfiante dans le second. La résection de l'extrémité de l'os malade fut suivie de reproduction malgré l'âge avancé des opérés. Dans le premier de ces cas la trépanation avait été mise en usage, mais elle n'avait point ouvert le foyer purulent. M. Lannelongue ayant saisi cette occasion pour affirmer ses idées sur l'unité de l'ostéomyélite et sur la nécessité de recourir dès le début dans tous les cas à la trépanation, une discussion générale s'engagea. Elle aborda les trois côtés du problème ; l'unité clinique de la maladie, son siège primitif, c'est-à-dire sa nature et le nom par lequel il fallait la caractériser, enfin son traitement.

1° L'unité clinique de l'ostéomyélite fut vivement contestée. S'appuyant sur les descriptions de Chassaignac, sur des faits publiés par lui, par E. Bœckel, et sur une observation personnelle, M. Berger crut pouvoir admettre, à côté de l'ostéomyélite centrale, une forme superficielle, périostite phlegmoneuse diffuse, dans laquelle l'inflammation développée dans la couche profonde du périoste pourrait s'y limiter, ne se révéler que par un abcès sous-périostique, et se terminer par guérison sans nécrose. Avec Chassaignac, MM. Marjolin et Tillaux, il insista sur les caractères qui distinguent cette inflammation superficielle des ostéites plus profondes, douleur moindre, fluctuation très précoce, absence de bourrelet terminant l'induration, absence de complication articulaire au

début et tant que la maladie reste limitée, enfin possibilité de guérison sans nécrose ou après exfoliation d'un séquestre foliacé. MM. Verneuil et Le Fort, sans attacher la même valeur aux signes différents de la périostite phlegmoneuse et de l'ostéomyélite tels qu'ils avaient été donnés par Chassaignac et qui, suivant le premier de ces chirurgiens ne seraient qu'un *pur roman*, proclamèrent la nécessité de distinguer plusieurs formes ; de séparer les ostéites profondes et les ostéomyélites des ostéites superficielles et des périostites, et ils citèrent de nouveaux faits, observés par eux, dans lesquels l'inflammation diffuse sous-périostique, et le décollement étendu du périoste avaient pu guérir à la suite d'incisions simples et de drainage sans qu'il y eût d'élimination de séquestre, et sans que la maladie eût entraîné ces conséquences fatales auxquelles seraient condamnés suivant M. Lannelongue, tous ceux qui ont été atteints d'ostéomyélite lorsque la trépanation osseuse n'a pas été pratiquée. Pour eux, cet auteur aurait trop assombri le pronostic des inflammations osseuses ; il aurait, suivant l'expression de M. Trélat, exploité les cas graves.

M. Lannelongue, en effet, recueillant à la suite cent observations extraites des mémoires de Morven Smith, de Chassaignac, de Bœckel, des monographies de Louvet, Culot, Martin, des bulletins de la société de chirurgie et de ceux de la société anatomique, est arrivé au résultat effrayant de 70 morts pour 30 guérisons ; sur ces dernières 5 sont survenues à la suite de résections, 5 de trépanations, 5 n'ont été obtenues que par l'amputation ; sur 15 autres enfin qui ont guéri par les incisions, 4 seulement étaient signalés comme n'ayant pas eu de nécroses. En regard de ces chiffres, M. Verneuil a donné les résultats de sa pratique ; les voici :

Sur 18 malades, un seul, suivi pendant pendant plusieurs mois, avait été perdu de vue sans qu'il y eût de guérison constatée ; il s'agissait d'une périostite très étendue du fémur.

Des douze autres, sept ont guéri ; ils sont ainsi répartis :

Ostéo-périostites de l'humérus, drainage, incision, deux cas ;

Ostéo-périostites du fémur, drainage, incision, deux cas.

Ostéo-myélite de l'humérus, incisions puis désarticulation, un cas.

Ostéo-périostite épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia, drainage, un cas ;

Abcès sous-périostique très étendu du radius, incision simple, un cas.

Les cinq cas de mort se répartissent de la façon suivante :

Deux ostéomyélites du fémur, morts sans traitement chirurgical. Ostéomyélite très étendue du fémur, drainage, fracture spontanée de la cuisse, désarticulation de la cuisse *in extremis*. — Abcès sous-périostique très étendu du tibia, larges incisions, insuccès. — Abcès sous-périostique du calcanéum, incisions multiples, puis amputation de la la jambe, mort.

M. Le Fort de son côté a cité la statistique de Lücke, empruntée au *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. IV, 1873 : elle renferme 13 succès pour 11 morts, c'est-à-dire plus de moitié de guérisons.

Enfin M. Marjolin a donné les résultats de sa propre pratique ; il a commencé par établir une séparation entre les cas aigus et les chroniques pour montrer combien le pronostic varie suivant les époques auxquelles

les malades entrent à l'hôpital. Ainsi dans 61 cas où l'affection ne datait que de quelques jours ou de quelques semaines, on trouve le chiffre énorme de 27 morts dont 7 amputés; 2 sur ces 27 avaient succombé à des maladies intercurrentes, érysipèle et variole; pas un des amputés n'a été sauvé. De plus, parmi les 34 malades qui ne sont pas comptés parmi les morts, 4 ou 5, repris par leurs parents, sont sortis comme ils étaient entrés, dans un état désespéré. Dans l'autre section, au contraire, qui contient 50 cas de nécroses, dont quelques-unes remontaient à 18 mois et 2 ans, la mortalité est nulle, il y a même un amputé qui a guéri.

Il ne reste pas moins vrai que l'ostéomyélite et la périostite phlegmoneuse ; non seulement compromettent gravement l'existence et à bref délai dans les cas graves, mais que ces affections, lorsqu'elles ne sont pas convenablement traitées, persistent à l'état chronique lorsqu'elles ne déterminent pas la mort, et laissent après la période aiguë des lésions qui amènent des inflammations osseuses à répétition, des nécroses ou des abcès des os. C'est un des grands mérites du travail de M. Lannelongue d'avoir mis ce fait en lumière. Mais tandis que, guidé par ses idées sur la participation constante de la moelle osseuse à l'inflammation, il admet que ce résultat funeste s'observe dans tous les cas où l'on n'a pas eu recours à la trépanation, d'autres, comme MM. Verneuil, Le Fort, Marjolin, pensent, se fondant sur des observations, que dans certains cas superficiels, où la couche profonde du périoste seule est atteinte, la guérison définitive sans nécrose et sans suites fâcheuses peut être obtenue par l'évacuation simple du foyer de suppuration. Ajoutons que des observations nombreuses prouvant la longue évolution et la marche progressive de l'ostéomyélite pendant des années, ont été citées au cours de la discussion.

2° La nature de l'affection est elle-même un point de litige. Relevant les idées de Meyer et de Billroth, M. Lannelongue, et avec lui MM. Desprès, Trélat, Terrier, pensent que toutes ces inflammations sont des ostéomyélites, le tissu médullaire seul étant capable de s'enflammer soit dans le canal médullaire, dans les aréoles du tissu spongieux, dans les canaux de Havers, soit à la couche ostéogène du périoste. Ils ne veulent point admettre le terme d'ostéite épiphysaire, parce que les lésions du cartilage épiphysaire sont secondaires; d'ostéite des adolescents, parce que les enfants en sont atteints, et que l'inflammation se continue jusque dans l'âge adulte. Mais tout le monde admet que le siège primitif se trouve dans l'encoche qui unit les diaphyses aux épiphyses (Lannelongue), que l'inflammation de là se propage plutôt dans certains cas vers le centre de l'os et le canal médullaire, dans d'autres sous le périoste, enfin que dans les formes les plus graves, l'os entier, l'os organe de locomotion, comprenant l'os proprement dit, la moelle et le périoste est atteint dans toutes ses parties. Somme toute, on nie actuellement l'inflammation du tissu osseux dont on n'a pas saisi encore le processus anatomique intime, comme on niait autrefois l'inflammation de la cornée parce que celle-ci était dépourvue de vaisseaux : pure affaire de doctrines. Il reste établi que certains chirurgiens préfèrent le terme de périostite phlegmoneuse, d'autres celui d'ostéite aiguë ou d'ostéite épiphysaire, d'autres celui d'ostéomyélite, mais que presque tous appliquent ces dénominations à la même affection, cliniquement bien définie : seulement

que les partisans exclusifs de l'ostéomyélite se refusent à admettre dans cette affection, une dans sa nature, mais non toujours identique à elle même, des formes et des degrés dont les autres croient actuellement la distinction légitime et possible.

3° Pour ce qui est du traitement, tous ceux qui ont pris part à la discussion ont reconnu le progrès que M. Lannelongue a fait accomplir au traitement des inflammations dont l'os, en voie de développement, est le siège, en insistant sur l'efficacité de la trépanation, trop négligée peut-être, et dont il a établi les règles avec une incontestable précision. Mais la plupart d'entre eux se sont élevés contre l'adoption de cette opération posée en règle générale par leur collègue. Les uns la pensent souvent inutile, d'autres la croient inefficace en certains cas. Parmi les premiers il faut compter MM. Marjolin, Verneuil, Le Fort, qui ont apporté des faits nombreux où la guérison d'abcès sous-périostiques a été obtenue par l'incision. Il est vrai que M. Lannelongue considère ces guérisons comme des guérisons temporaires, et pense que tôt ou tard les malades sur lesquels on les a observées seront atteints de récidives sous forme de poussées inflammatoires nouvelles, d'hypérostoses, d'abcès des os, de nécroses : mais ce doute ne peut être considéré comme un argument de valeur, puisque certains de ces sujets ont été suivis et revus pendant plusieurs années sans qu'aucun accident nouveau ait justifié ce pronostic fâcheux et, nous le croyons, exagéré.

D'autre part, M. Desprès a fait valoir que les lésions profondes de l'os, les suppurations pouvaient être diffuses et multiples, et qu'en pareil cas le trépan ne saurait être vraiment efficace. Il a appuyé cette assertion par la relation d'un fait anatomique dont il a présenté le dessin à la Société.

Laissant de côté les autres interventions telles que la résection, l'amputation, la désarticulation dont il n'a été question qu'accessoirement, et sur lesquelles nous reviendrons à propos d'autres travaux, nous pourrons résumer de la façon suivante avec M. Le Fort cette discussion : « Sans accepter, a-t-il dit, les idées de M. Lannelongue, je ne leur fais pas une opposition absolue ; ce que je reproche à notre collègue, c'est d'avoir été trop loin dans ses opinions, d'avoir généralisé, sans admettre d'exceptions, des faits qui pourraient être regardés comme exceptionnels ; mais je me plais à reconnaître qu'en insistant sur la nécessité de pratiquer la trépanation de l'os, non pas toujours comme il le veut, mais dans certains cas, M. Lannelongue a rendu à la thérapeutique chirurgicale un incontestable service, puisqu'il amènera à pratiquer, plus souvent qu'on ne la pratique, la trépanation des os atteints d'ostéite épiphysaire, d'ostéopériostite phlegmoneuse. »

VI. — Nous avons déjà mentionné sommairement l'histoire de deux malades sur lesquels M. Pamard avait réséqué l'extrémité inférieure du tibia à la suite d'un ostéite épiphysaire ayant déterminé la production d'abcès osseux dans l'intérieur du tissu osseux. Quoique les sujets fussent arrivés à l'âge adulte, il y avait eu reproduction de l'extrémité osseuse. Dans ces deux cas, il s'agissait d'ostéites passées à l'état chronique et pour lesquelles la trépanation était demeurée impuissante. C'est pour des cas tout différents, et dans un tout autre but que M. Faucon a tenté de remettre en honneur une méthode de traitement qui souleva une assez vive discussion à la Société de chirurgie en 1875 (13 octobre).

— Ce traitement consiste dans la résection hâtive de la diaphyse osseuse isolée du périoste par la suppuration, dans le cours d'une ostéo-périostite aiguë. — Voici d'abord le fait heureux que cet auteur doit à sa pratique personnelle :

Un enfant de 13 ans 1/2, le lendemain d'une chute assez violente, voit se développer les accidents d'une ostéopériostite suraiguë, qui amène, vers le 12e jour, la formation d'une suppuration étendue avec décollement de la totalité du périosite du tibia droit et séparation de son épiphyse inférieure. Le 20e jour, malgré le drainage et les injections antiseptiques, l'état général typhoïde faisant craindre une septicémie rapide ou l'invasion prochaine de l'infection purulente, M. Faucon incise les parties molles sur toute la longueur de la diaphyse qui est totalement isolée du périoste ; il scie le tibia par le milieu ; — extirpe la moitié supérieure de cet os qu'il sépare de l'extrémité supérieure par un trait de scie dirigé au-dessous de l'insertion du ligament rotulien; — enlève de même la moitié inférieure déjà séparée de l'épiphyse, et après avoir fixé le membre sur une attelle plâtrée, l'entoure d'un pansement ouaté. — Sur l'os ainsi enlevé on peut constater, outre le décollement épiphysaire ci-dessus mentionné, les lésions de l'ostéite épiphysaire de Gosselin au niveau de l'extrémité inférieure de la diaphyse; — le long de cette diaphyse les altérations décrites par Schutzenberger et E. Boeckel sous le nom de périostite phlegmoneuse, avec cette particularité que les lésions sont d'autant plus accentuées que l'on se rapproche davantage de l'épiphyse détachée ; — dans le canal médullaire les lésions des deux premières périodes de l'ostéomyélite, congestion et exsudation.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses, l'état général s'amenda, la fièvre disparut presque un mois environ après l'opération, quelques fusées purulentes se produisirent et ramenèrent un certain degré de malicse ; une petite esquille de l'extrémité supérieure du tibia se détacha. Depuis lors, quelques abcès nouveaux se produisirent; les attelles plâtrées déterminèrent la production d'une eschare assez profonde au niveau du péroné; enfin un érysipèle survint qui disparut sans incidents. La plaie opératoire était fermée 8 mois après le début de la maladie; l'électrisation ramena, mais lentement la contraction dans les muscles de la jambe.

Vingt mois après le début, l'os paraissait s'être reproduit : il n'y avait que 6 centimètres de raccourcissement, et un peu d'épaississement du tibia de nouvelle formation quoique le membre dans sa totalité fût demeuré plus grêle. Les articulations du genou et du cou-de-pied étaient ankylosées; le pied était légèrement renversé dans l'adduction, le malade pouvait s'appuyer avec quelque précaution sur le membre malade.

M. Faucon a joint à cette relation d'autres observations, déjà publiées et dues à M. Duplay (*Bulletins de la Soc. de chirurgie*, 1875, t. I, p. 734-738) à John Aymers Macdougall (*Edinburg med. Journ.*, 1875, mai; p. 981) à Holmes (*The Lancet*, 1866, vol. I, p. 340) ; et à Letenneur (cité par Ollier, *Traité expérim. et clin. de la régénération des os*, t. II, p. 254 et 521). Dans ce dernier cas seulement, la régénération de l'os réséqué fut incomplète; il s'agissait d'ailleurs dans tous ces faits de la résection de la diaphyse du tibia; les cinq opérés étaient des enfants de 13 ans 1/2 (Faucon), 16 ans (Duplay), 3 ans (Magdougall), 10 ans (Holmes) et 12 ans (Letenneur). — La dénudation de l'os et sa séparation du périoste étaient presque complètes dans tous ces cas sauf dans celui de Holmes; dans tous il y avait décollement épiphysaire, probablement au moins, puisque dans la seule observation où cette par-

ticularité ne soit point indiquée, on n'eut pas besoin d'avoir recours à la scie pour séparer la diaphyse des épiphyses.

Nous rappellerons seulement d'une façon sommaire que Giraldès, au congrès de Lille d'abord (3e *Session de l'Association française pour l'avancement des sciences*, 1874, *Compte rendu*, p. 914), puis à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, dans la discussion que souleva la communication du fait de M. Duplay (1875) fut le défenseur des résections hâtives dans les cas d'ostéopériostites diffuses aiguës. Pour lui la dénudation amenait fatalement la nécrose; la difficulté et la longueur de l'élimination d'une diaphyse entière exposaient d'ailleurs le malade à trop de dangers.

On a vu que la dénudation, même totale de l'os, n'est pas toujours suivie de nécrose totale ; outre les exemples que nous avons cités plus haut, M. Marjolin en a produit un bel exemple qu'il a rapporté à la Société de chirurgie en ces termes (en 1875) : « Chez un enfant je pus, après l'incision des parties molles, promener le doigt sur toute la longueur du tibia dénudé. Je sciai l'os par le milieu, dans le but de l'enlever ; mais les surfaces de section me parurent tellement saines, que je me décidai à laisser le tibia en place. Le périoste réappliqué sur lui se recolla et il n'y eut pas trace de nécrose. » Partisans de l'expectation d'abord MM. Verneuil et Ollier se sont rangés depuis à une opinion mixte en quelque sorte : ne réséquer hâtivement que quand la vie du malade est immédiatement compromise et quand, d'ailleurs, la nécrose totale est imminente ou certaine. Telle est la conduite qu'adopteront, nous le pensons, la plupart des chirurgiens ; ce n'est donc point en parallèle avec la trépanation osseuse, au début de l'affection, qu'il faut placer la résection même hâtive de la diaphyse isolée du périoste ; c'est en présence de ces cas graves où l'amputation semble la seule ressource qu'il faudra, comme M. Faucon l'a fait avec succès, la tenter.

VII. — L'amputation ou la désarticulation restent, d'ailleurs, la seule ressource dans les cas où la situation profonde de l'os nécrosé, comme lorsque le fémur est isolé de son périoste, ou bien la gravité extrême de la situation, l'imminence des accidents septiques et surtout la décroissance rapide des forces et le marasme, ne permettent plus au malade de subir la résection et de faire les frais de la réparation. Telle est la considération sur laquelle insiste M. Lannelongue dans quelques lignes qui précèdent ses observations.

« Les malades, dit-il, avaient été conduits à l'hôpital à cette période où l'on ne pouvait espérer leur conserver la vie qu'au prix du sacrifice d'un de leurs membres. Tous les trois étaient en pleine septicémie, et l'on devait même se demander si l'amputation ne viendrait pas encore aggraver cet état et hâter le dénouement terminal. Deux succès ont été obtenus contre toute attente ; c'est ce qui m'a encouragé à pratiquer la désarticulation de la hanche sur un troisième malade. Celui-ci était à toute extrémité, et il a succombé le jour même de l'opération. Mais chez l'un des deux sujets qui ont guéri par l'amputation de la cuisse, nous avions eu sous les yeux une situation presque aussi désespérée, et néanmoins le malade s'est promptement relevé après la disparition de la cause infectieuse, lorsque la source de l'auto-empoisonnement eut été en

levée. L'ostéomyélite est, en effet, une des affections les plus infectieuses qu'il soit donné d'observer.

« J'ai cité, dans un de mes mémoires sur l'ostéomyélite des faits de pyohémie dans lesquels les viscères contenaient de très nombreux abcès métastatiques trois ou quatre jours après le début d'une ostéomyélite aiguë suppurative d'un des os des membres ; dans ces cas, le foyer purulent primitif n'avait même pas été mis en communication avec l'air extérieur. Je crois, d'ailleurs, que cette dernière considération, celle de l'influence fâcheuse que peut exercer l'air extérieur, est secondaire dans l'espèce; et les phénomènes qui découlent de la difficulté qu'éprouvent les liquides de suppuration à sortir de l'os, ainsi que l'introduction de ces liquides dans les voies circulatoires par le fait de la tension intra-osseuse, me paraissent jouer dans le mécanisme de l'infection un rôle prépondérant.

« Il s'est produit chez l'un de mes malades une particularité digne d'intérêt. Il était amputé depuis 15 jours et la plaie de l'amputation marchait rapidement vers la guérison ; le sujet était pansé par la méthode de Lister. Une élévation de température, qui nous inquiéta d'abord, marqua le début d'une variole qui devint confluente ; successivement toutes les régions du corps furent envahies par l'éruption, seule, la section de la cuisse amputée, qui était couverte par le pansement de Lister fut indemne, et pendant la durée de l'éruption il ne se montra pas une pustule sur le moignon. Qu'il me soit permis d'ajouter que le pansement de Lister a agi de la même manière sur un autre sujet atteint de rougeole. L'éruption rubéolique a fait défaut sur la partie recouverte de ce pansement. »

VIII. — Revenons à l'appréciation de la désarticulation de la hanche pratiquée pour l'ostéomyélite du fémur. M. Demons a obtenu par cette opération un magnifique succès, chez un homme de 56 ans, qui depuis l'âge de 14 ans, souffrait des suites d'une ostéite épiphysaire qui s'était développée à cet âge. Le malade s'affaiblissait et paraissait près de mourir quand le chirurgien eut recours à ce moyen héroïque pour le sauver. L'amputation, bien que le lambeau antérieur eût été taillé par transfixion et que l'auteur n'ait eu recours à aucun des moyens opératoires qui assurent l'hémostase préventivement, se fit sans une perte trop notable de sang; le malade était guéri au bout de 2 mois.

M. Terrier, dans son rapport, a rappelé que la désarticulation coxofémorale a donné ses meilleurs résultats dans des cas semblables : il a cité à ce propos, la statistique de A. Lüning sur la mortalité consécutive à cette opération, statistique qui donne:

Pour les désarticulations pour plaies d'armes à feu.....	88,28	0/0
Pour d'autres blessures.....	85,03	»
Après résection de la hanche.....	50	»
Pour tumeur.....	46,75	»
Pour coxalgie.....	40	»
Pour périostite, ostéite, ostéomyélite, carie, nécrose du fémur.....	38,66	»
Pour des réamputations.....	35,29	»

de mortalité.

Il est utile, dit ce chirurgien, de rappeler ces chiffres, car au moment

de prendre une détermination, bien des chirurgiens sont arrêtés par le souvenir de l'effroyable mortalité qui pèse sur la désarticulation pratiquée pour des causes traumatiques.

IX, X, XI. — L'opéré de M. Demons avait présenté une fracture spontanée du fémur malade. Celui-ci, atteint de nécrose, s'était rompu au moment où le malade voulait se lever de son lit. Nous avons vu que ces fractures spontanées sont rares : M. Lannelongue ne les a notées que six fois dans ses relevés et toujours elles occupaient le fémur. Il ne s'agit ici, bien entendu, que des fractures qui atteignent la diaphyse, et non des décollements épiphysaires comme ceux dont l'observation de Riedinger nous donne un exemple. M. Berger en a signalé un autre cas à la Société de chirurgie.

C'est celui d'un malade adulte qui, dans son enfance, avait été atteint d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche et du fémur droit. Sujet à des retours inflammatoires se reproduisant à de longs intervalles, il était entré dans le service de M. Gosselin avec une nécrose étendue du fémur droit, quand, en se retournant dans son lit, il vit se produire une fracture comprenant les couches osseuses périostiques nouvelles qui entouraien le séquestre, et le séquestre lui-même. Des fragments osseux mortifiés furent extraits, et le membre reprit assez de solidité pour que le malade pût marcher.

Le fait de Morrant Baker fut encore plus curieux. Il s'agit d'un homme de 20 ans qui de longue date était atteint d'une ostéite progressive à forme nécrosique ayant déterminé une augmentation de volume énorme de l'os, sans que jamais d'abcès se fût ouvert et qu'il y eût eu de suppuration. Une fracture spontanée se produisit au 1/3 moyen du fémur ; le chirurgien, croyant à l'existence d'un ostéosarcome, désarticula le membre et reconnut qu'il s'agissait simplement d'une nécrose. Le malade guérit.

Enfin Ritter rapporte qu'une femme de 34 ans, convalescente d'un avortement, fut atteinte d'une ostéomyélite de la clavicule, qui se compliqua d'une fracture spontanée de cet os à la partie moyenne.

On sait que l'ostéopériostite de la clavicule n'est pas absolument rare; M. Le Fort rapporte un cas de résection totale de cet os pour une nécrose consécutive, une *sous-périostite aiguë*, terme nouveau qu'il a voulu donner aux abcès sous-périostiques. Mais le fait de Ritter est le seul à notre connaissance où une fracture spontanée consécutive à une ostéopériostite ou une ostéomyélite ait été observée sur un autre os que le fémur.

XII.—Les fractures spontanées, du reste, appartiennent moins à l'ostéomyélite aiguë qu'à la nécrose qui en est la conséquence. Leur production, si elle aggrave le pronostic n'est pas toujours la source d'indications spéciales ; on a vu que l'os fracturé pouvait arriver à la consolidation après l'expulsion des séquestres. Le traitement de ces inflammations aiguës restera, du reste, longtemps encore un sujet de controverse, tenant à la grande variété des cas et aux efforts de ceux qui cherchent, au point de vue thérapeutique et comme au point de vue clinique, à les ramener à une expression unique. Si l'incision simple, la trépanation, l'évidement, la résection, l'amputation se disputent la préférence des chirurgiens, cela tient en partie à ce qu'on a trop cherché à comparer les résultats que fournit chacune de ces opérations, et qu'on n'a pas assez mis en relief la diversité d'étendue, d'intensité et de profondeur qu'acquiert l'inflammation périostique, osseuse ou médullaire dans les cas où on

les applique. Il peut être utile, néanmoins, de recueillir les données statistiques qui peuvent éclaircir le problème. C'est ce qu'a fait M. P. Pion dans sa thèse inaugurale. Celle-ci renferme des chiffres qui pourront être consultés avec fruit par ceux qui seraient tentés d'étudier à nouveau la question.

Citons encore quelques observations rares et curieuses d'ostéopériostite, où se trouvent mentionnées quelques particularités intéressantes touchant l'étiologie, la marche et les complications de cette affection.

XIII. — Femme de 53 ans, entrée à la fin de mai 1879, pour une ostéite du tibia dont le début remonte à 4 ans. Vu l'âge et les conditions de la plaie on songea à un ostéosarcome central, quand sur la fin de juillet éclatent des accidents aigus de fièvre ; l'ostéomyélite se dessine nettement. L'amputation de la cuisse est pratiquée le 15 août. La malade sortait guérie 4 mois plus tard.

A l'examen du membre on trouve l'articulation pleine d'un pus jaune verdâtre. Le cylindre médullaire du tibia n'était plus qu'un immense foyer purulent. Au niveau de la tubérosité externe, on voyait des productions ostéophytiques nombreuses et une perforation.

XIV. — Garçon de 21 ans pris d'ostéomyélite du sternum qui fut reconnue tardivement. La mort survint au 10e jour.

A l'autopsie, ostéomyélite avec infiltration purulente du diploé allant du manubrium jusqu'à la moitié du corps de l'os. Fusée purulente dans le médiastin antérieur et l'articulation sternoclaviculaire droite. Le poumon droit renferme des infarctus cunéiformes et son lobe inférieur est enflammé, à gauche on trouve des abcès du poumon et de la pleurésie. L. G.

XV. — L'observation de Schulten, rapportée par Estländer, est un exemple curieux de la multiplicité des lésions dans l'ostéomyélite. Chez le jeune sujet, on trouva des inflammations d'un degré plus ou moins élevé de l'extrémité supérieure du tibia gauche, du tibia droit, du fémur gauche, de l'humérus gauche, de la clavicule gauche. L'on observe le décollement épiphysaire de presque toutes les articulations conjointes ; elles étaient le siège d'épanchements séropurulents. Le coude droit et le genou gauche étaient franchement suppurés. Le poumon renfermait de nombreux abcès métastasiques.

Ce fait où nous retrouverons les mêmes lésions viscérales que dans le précédent, est un exemple de ces ostéomyélites malignes, à forme septique, dont les ouvrages classiques et le mémoire de M. Lannelongue renferment de nouveaux exemples. On sait que, pour trouver la cause des lésions métastatiques, on a cherché des traces d'une inflammation suppurative propagée par les veines du membre malade ; on a souvent en effet constaté l'existence de la phlébite dans les veines efférentes qui naissent de l'os atteint d'ostéomyélite. Th. Neureutter et Salomon ont publié un cas où les lésions primitives et les lésions secondaires de la pyohémie furent observées de la façon la plus complète :

XVI. — Sur un enfant de 5 ans, mort le 5e jour d'une ostéomyélite, les auteurs trouvèrent une ostéomyélite, une ostéophlébite et une thrombose des veines nourricières qui étaient pleines de pus ; il y avait de la péricardite, une double pleurésie purulente, de la néphrite suppurative. Les organes, principalement aux points malades, étaient le siège d'une énorme accumulation de vibrions et de bactérium termo.

XVII. — Ces lésions anatomiques, signalées par tous les auteurs qui ont étudié l'ostéomyélite, non moins que les phénomènes généraux qu ont valu à cette affection le nom de typhus des membres, établissent la

nature infectieuse de la maladie. Lücke, Klebs, V. Recklinghausen ont apporté de nouvelles preuves à l'appui de son origine septique en démontrant l'existence et le développement de micrococcus dans les foyers de suppuration médullaires, osseux et sous-périostiques; ces colonies microzymaires et leur mode d'envahissement ont été spécialement étudiés par Eberth. Max Schuller ajoute à ces faits acquis une intéressante constatation ; il a pu surprendre l'immigration des micrococcus dans l'épaisseur des cartilages diarthrodiaux eux-mêmes au voisinage des lésions osseuses. Nous n'insistons pas davantage sur cette découverte qui, démontrant la perméabilité du tissu cartilagineux aux organismes inférieurs, a une portée plus grande encore au point de vue de la pathologie générale qu'à celui plus spécial qui nous occupe.

XIX. — Nous mentionnons seulement la classification que propose Lücke pour les causes diverses des différentes variétés d'ostéite. On peut, suivant cet auteur, observer les inflammations chroniques des os et du périoste dans les états suivants : Tuberculose héréditaire ou acquise ; scrofulose ; — syphilis héréditaire ou acquise; — maladies infectieuses : pyohémie, rougeole, gonorrhée, variole, diphtérie, impaludisme, coqueluche, érysipèle; — traumatisme ; — rhumatisme.

N'insistons pas davantage : a-t-on vu la pyohémie donner lieu à une ostéite chronique? Peut-on ranger dans la même catégorie, celle des ostéites infectieuses, les ostéomyélites de la variole, du typhus, et celles de la gonorrhée, de l'impaludisme, de la coqueluche, si elles existent ?

XX. — Les relations de l'ostéomyélite avec d'autres maladies aiguës de l'enfance et de l'adolescence sont encore moins prouvées qu'on ne pourrait être tenté de le croire. Le plus souvent, on le sait, elle survient sur des sujets sains d'ailleurs, sous la double influence du froid et de la fatigue; et il est rare de la voir se développer dans le décours, la convalescence ou peu de temps après la guérison d'une rougeole, d'une scarlatine ou d'une variole. Pour certains auteurs cependant la fièvre typhoïde créerait une prédisposition particulière aux inflammations osseuses, et quelques-uns d'entre eux, faisant passer la théorie avant les faits, expliquent le développement de ces ostéomyélites par les lésions ordinaires de la dothiénentérie. Ils rappellent que Ponfick et Neumann ont découvert, durant le cours de cette maladie, l'existence d'un état irritatif de la moelle des os : ils insistent sur le grand accroissement en longueur que subit parfois le squelette pendant sa durée, et ils voient dans ces phénomènes l'origine rationnelle de l'inflammation médullaire qu'une cause accidentelle, refroidissement ou traumatisme, suffit ensuite à produire.

Keen de Philadelphie, le premier peut-être, avait signalé la fréquence relative de l'ostéomyélite dans la convalescence de la fièvre traumatique : le même sujet fut repris par M. Mercier dans un travail paru dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie;* enfin M. Rendu l'a choisi pour écrire sa thèse inaugurale qui ne manque pas d'intérêt. — Mais en contrôlant avec soin les observations sur lesquelles ces auteurs se fondent, on trouve qu'ils se sont fort éloignés de la conception classique de l'ostéoymélite.

Si, sous ce nom, l'on entend désigner toutes les inflammations des os, aiguës, subaiguës, chroniques, avec ou sans suppuration, avec ou sans

nécrose, avec ou sans fièvre et phénomènes généraux, on ne peut disconvenir que la fièvre typhoïde ne prédispose à certaines d'entre elles; mais c'est tantôt aux formes lentes, dont l'évolution se poursuit pendant des mois et des années sans accidents fébriles; tantôt aux formes où la douleur et l'hyperostose dominent, et où la nécrose et même la suppuration manquent même parfois. On conviendra qu'il s'agit là d'ostéomyélites assez différentes des ostéites épiphysaires à propos desquelles se sont élevées les discussions récentes. Sur 9 observations en effet que M. Rendu rapporte, dans sa thèse, il y en a 5 où la complication paraît avoir eu un début aigu qui fut bientôt suivi de suppuration sous-périostique avec dénudation de l'os. Mais de ces 5 cas un seul se termina par la mort (obs. III); deux malades guérirent (obs. VIII et IX), après l'expulsion de séquestres; un autre (obs. VI), guérit sans nécrose par la trépanation; un dernier (obs. II), guérit par l'incision sans avoir été trépané et sans nécrose, quoiqu'il présentât une dénudation très étendue. Ainsi dans ces faits eux-mêmes dont deux seulement (obs. III et IV) sont des exemples d'ostéomyélite légitime, et trois autres, des faits d'abcès sous-périostiques aigus mais peu graves, nous ne retrouvons pas la marche fatale et la proportion de mortalité que l'on observe d'ordinaire dans les ostéites épiphysaires.

Cette bénignité est d'autant plus étrange que l'inflammation osseuse frappait des individus débilités par une fièvre typhoïde qui, le plus souvent, ainsi que le fait remarquer l'auteur, avait été grave.

Dans d'autres observations il s'agit d'ostéites chroniques d'emblée qui se terminèrent par l'expulsion de séquestres; ou enfin d'inflammations présumées des os qui ne s'accompagnèrent ni de nécrose ni de suppuration (obs. IV, V, VII).

Ces faits, nous le répétons, laissent planer trop de doute sur la nature de l'affection osseuse pour que l'on puisse dès à présent citer la fièvre typhoïde comme prédisposant à l'ostéomyélite légitime; quelque ingénieux que soit le rapprochement entre la leucocythose, observée dans la moelle osseuse des typhoïdes et les lésions de la suppuration médullaire, s'il est rationnel d'admettre que la dothiénentérie, comme l'infection puerpérale (voir l'observation de Ritter, XI), comme tous les états septiques peut s'accompagner d'ostéomyélite, il faut reconnaître que le fait est rare, et que cette ostéomyélite quand elle se produit diffère le plus souvent des ostéomyélites septiques, malignes, de celles que l'on désigne sous le nom d'ostéomyélites typhoïdes, de typhus des membres.

XXI, XXII. — Dans un travail antérieur à la thèse de M. Rendu, M. Mercier avait abordé le même sujet. Mieux inspiré que le premier, il a su distinguer de l'ostéite et de l'ostéomyélite, la périostite qui est une des complications assez fréquentes de la fièvre typhoïde. Les observations qu'il rapporte présentent un intérêt d'autant plus grand qu'elles nous font voir précisément des exemples d'inflammations limitées au périoste, et qu'elles montrent combien il est irrationnel et faux de confondre toutes les phlegmasies osseusses et péri-osseuses avec l'ostéomyélite.

Six observations inédites ont pu être rassemblées par l'auteur. Dans aucun de ces cas l'inflammation qui se développa dans le décours de la fièvre typhoïde, ne détermina de nécrose. Elle guérit dans 4 d'entre eux

après l'ouverture spontanée, ou pratiquée chirurgicalement, d'abcès au fond desquels on ne put trouver de dénudation osseuse. Dans une de ces observations, il n'y eut même pas de suppuration. Il s'agissait bien de périostites cependant ; le gonflement profond entourant l'os, la nature des douleurs, l'hyperostose qui persista après la maladie dans la plupart de ces cas, enfin parfois, la propagation de l'inflammation aux articulations voisines ne peuvent laisser aucun doute sur ce point. Mais cette périostite ne s'accompagnait pas d'inflammation de la moelle osseuse, à peine d'un peu d'ostéite superficielle : cela ressort d'une autopsie pratiquée par M. Gaujot dans un autre cas où la complication s'était développée au premier septénaire de la dothiénentérie à laquelle succomba le malade. « Le périoste était épais de 6 à 7 millimètres ; d'un rouge vineux et couvert de villosités. Il n'était nulle part décollé ni ulcéré. On le détachait facilement de l'os qui était absolument sain, un peu vascularisé ; après l'enlèvement du périoste les canalicules de Havers donnèrent issue à quelques gouttes de sang. » Ces lésions sont celles des périostites externes à propos desquelles nous aurons à citer un important travail de MM. Gaujot et Charvot.

Tout autres sont les faits relatés par Keen, de Philadelphie. Il s'agit bien alors d'ostéites terminées par des nécroses. Cet auteur a rassemblé 50 observations sur lesquelles 19, qui appartiennent à Whately, sont trop courtes et peu satisfaisantes, dit M. Mercier qui a pu les consulter. La complication vers les os vient une fois la fièvre terminée, suivant Keen, et elle n'est reconnue par le chirurgien que quand le malade attire son attention sur un point douloureux, ce qui, ajoute-t-il, n'est pas un moyen de diagnostic sur lequel on puisse compter. Les fièvres continues se sont compliquées 60 fois de maladies des os, soit 50 fois de nécrose, 12 fois de carie, 3 fois de périostite, dans 4 observations le diagnostic est resté douteux. 3 fois la nécrose s'est montrée chez des malades qui venaient d'être atteints à peu de distance de fièvre typhoïde et de variole ; 37 de ces maladies osseuses sont la conséquence de la fièvre typhoïde ; 4, du typhus ; 38 hommes et 19 femmes ont été atteints de cette complication. L'âge des malades a été 19 fois au-dessous de 20 ans, 11 fois de 20 à 30, 6 fois de 30 à 40, et 5 fois au-dessus de 40 ans. Aucune région n'a échappé à la maladie. La tête a été prise 22 fois, le tronc 7 fois, les extrémités supérieures 6 fois, et enfin 42 fois les extrémités inférieures.

Le fait rapporté par M. Robin est de même ordre. Il s'agit d'un cas de fièvre typhoïde compliquée de périostites suppurées multiples, de suppurations articulaires, d'abcès des synoviales tendineuses et des bourses séreuses. La physionomie générale de cette terrible complication rappelait les caractères de l'ostéomyélite infectieuse aiguë ; mais s'il y avait des suppurations périostiques il ne paraissait pas s'être produit d'inflammation suppurative de la moelle, même des os.

Tel est le résumé succinct des observations dans lesquelles on a noté l'apparition de complications osseuses ou périostiques à la suite de la fièvre typhoïde. Ces complications ont été de nature variée ainsi qu'on le voit, et parmi les diverses espèces d'inflammations des os, l'ostéomyélite ou l'ostéite épiphysaire aiguë sont très loin d'avoir eu la plus large part.

XXIII. — Les suites prolongées de l'ostéopériostite, indiquées par la plupart des auteurs modernes, avaient été signalées par M. Lannelongue

dans son mémoire sur l'ostéomyélite aiguë des adolescents. Telle est l'importance du sujet qu'il a voulu le traiter à part dans une série d'articles qu'il a fait paraître avec la collaboration de M. Comby. Nous trouvons dans ce travail la richesse de faits, l'observation minutieuse et l'exposition méthodique qui font le mérite des descriptions de cet auteur : nous y retrouvons aussi la même préoccupation théorique et l'effort toujours répété pour ramener toutes les lésions inflammatoires des os à la même cause, l'inflammation du tissu médullaire.

Une importante étude anatomique des lésions est la partie la plus intéressante de cette monographie, fondée sur 98 observations et que complètent divers chapitres où sont traités la symptomatologie, le diagnostic, le traitement.

Le titre lui-même est facile à comprendre et fait saisir l'étendue du sujet. L'ostéomyélite aiguë, quand elle ne détermine pas la mort, ou la production immédiate d'une nécrose étendue, laisse après elle, même alors que la guérison paraît définitive et complète, des modifications dans l'état anatomique et dans la forme de l'os atteint. Ces modifications, qui passent inaperçues le plus souvent, révèlent l'existence d'un travail d'inflammation chronique qui s'est substitué à l'inflammation aiguë et, qui tôt ou tard, se manifeste par la production de poussées aiguës nouvelles, aboutissant dans leur marche progressive à des termes divers, constituant des états pathologiques qui peuvent exister isolément ou se trouver réunis sur un même os.

Ces termes sont l'hyperostose, les abcès des os, les fistules et les nécroses; enfin l'accroissement ou l'arrêt pathologique du développement de l'os se traduisant par un allongement ou un raccourcissement et pouvant même retentir sur l'évolution d'un os voisin avec lequel l'os malade est conjugué, comme le tibia l'est avec le péroné.

MM. Lannelongue et Comby passent en revue ces lésions dans les os longs, les os plats et les os courts. Nous ne pouvons les suivre dans cette étude; la classification et le mode de production des abcès des os doivent être l'objet des quelques développements qui vont suivre; et nous avons suffisamment pu nous expliquer sur les nécroses et leur pathogénie. Mais en signalant cet important recueil de faits à ceux que préoccupe cette question, nous ne pouvons nous empêcher de marquer deux points que les auteurs ont laissés dans l'ombre.

En traitant de l'ostéomyélite chronique ou prolongée, ils l'ont envisagée comme le résultat constant d'une ostéomyélite aiguë. Mais l'inflammation a-t-elle nécessairement passé par cette période d'acuité au début? N'y a-t-il pas des ostéites chroniques d'emblée? Des adultes ne peuvent-ils présenter les lésions ultimes de l'ostéomyélite prolongée pendant des années depuis l'enfance ou l'adolescence, mais restée latente ou ne s'étant révélée que par des accidents subaigus de peu d'importance? Malheureusement les observations restent le plus souvent muettes sur ce point. Si, dans certains cas il est possible de faire remonter la maladie à une poussée initiale qui s'est accompagnée des phénomènes graves de l'ostéomyélite aiguë, le plus souvent les préliminaires des lésions que l'on observe ne sont indiqués que par les cicatrices anciennes adhérentes, ou le souvenir d'un abcès longtemps resté fistuleux pendant l'enfance du sujet, et ses antécédents ne sont établis que par des commémoratifs incertains.

Il y aurait pourtant matière à de nouvelles recherches sur ce point, car s'il ne nous semble pas prouvé que toute ostéopériostite aiguë non trépanée au début, se termine fatalement par une ostéopériostite chronique, il n'est pas démontré davantage que les lésions de l'ostéomyélite chronique ne puissent survenir sans avoir pour origine une véritable ostéomyélite aiguë.

La seconde question que l'on peut se poser est la suivante : S'agit-il, lorsqu'on observe ces hyperostoses, ces abcès chroniques des os, ces nécroses, d'une ostéomyélite ? ne doit-on pas accuser plutôt l'inflammation de l'os entier, l'ostéite? Dans ces inflammations chroniques en effet, l'os tout entier est si bien le siège des lésions, que M. Lannelongue lui-même a dû se départir quelque peu de la rigueur de ses idées. « Toutes les lésions que nous venons de décrire, dit-il, relèvent d'un processus unique; toutes sont dues au travail inflammatoire primitif ou secondaire qui se passe dans les os malades, et c'est pour cela qu'on ne doit pas repousser absolument les dénominations des anciens. » Et plus tard il ajoute : « Nous ne pouvons mieux faire en terminant que de citer à l'appui de notre opinion cette phrase du professeur Gosselin : — « Ce qui pour moi reste acquis c'est la participation de l'ostéite elle-même à la production de la nécrose. » Mais puisque c'est dans l'os que se passe ce travail inflammatoire, puisque c'est l'inflammation de l'os qui produit la nécrose, pourquoi M. Lannelongue adopte-t-il ici, comme dans les ostéites aiguës, le terme d'ostéomyélite à l'exclusion des autres? Simple question de mots sur laquelle nous ne reviendrons plus, d'ailleurs, puisque par cet exemple, il nous semble démontré que M. Lannelongue appelle ostéomyélite aiguë ce que d'autres appellent ostéite et ce que les uns et les autres, malgré cette opposition apparente, comprennent en réalité et interprètent de la même façon.

XXIV. — Nous avons déjà signalé l'excellente monographie de M. Golay, sur les abcès douloureux des os. (*R. S. M.*, XIV, 657.) M. Lagrange, dans une assez bonne thèse sur le même sujet, expose surtout les idées de Lannelongue, sur lesquelles nous n'avons pas à revenir. Mais il a été moins heureux en confondant dans sa description, les abcès chroniques, abcès véritables, et les suppurations aiguës que détermine l'ostéomyélite. Celles-ci ne constituent nullement des abcès au sens propre du mot, et il nous semble inutile d'insister sur la différence qui existe entre des collections limitées de toute part par une membrane pyogénique tapissant une cavité osseuse, et l'infiltration purulente qui peut régler le canal médullaire, les aréoles du tissu spongieux décoller les cartilages épiphysaires et envahir les articulations et les parties molles.

XXV. — Ce sont encore les conditions anatomiques des abcès qui se forment dans le canal médullaire qui ont été l'objet d'un travail posthume de Chassaignac. Nous n'avons malheureusement que les conclusions de cette étude, mais elles portent les traces de sa puissante originalité et méritent d'être reproduites en entier :

1) On ne doit admettre comme abcès osseux médullaires que ceux qui ont leur siège parfaitement déterminé à l'intérieur du canal de la moelle.

2) Toute ostéomyélite purulente, confinée par des diaphragmes osseux dans le canal de la moelle, constitue un abcès médullaire.

3) Entre la médullite purulente et l'abcès médullaire, il y a cette connexité, que pour engendrer l'abcès osseux, il a bien fallu qu'il y ait eu une ostéomyélite purulente partielle, mais il y a cette grande différence fondée sur des caractères anatomiques certains, que la médullite essentielle et aiguë ne donne jamais lieu à des diaphragmes osseux de cloisonnement et à la trépanation spontanée, qui ne s'observent que dans l'abcès osseux.

4) Une condition anatomique de la médullite aiguë totale est incompatible, d'une manière absolue, avec le cloisonnement de la cavité médullaire et avec la trépanation spontanée : cette condition c'est le décollement complet des membranes extérieures et intérieures d'avec l'os, ce qui constitue un obstacle invincible à la production des diaphragmes et à la trépanation spontanée.

5) L'existence de la médullite partielle, limitée par des diaphragmes osseux, est cliniquement et anatomiquement démontrée par des observations et des préparations authentiques.

6) Ces observations prouvent que le canal médullaire peut être le siège d'abcès clos par des diaphragmes osseux, non seulement à l'une ou l'autre extrémité du canal, la supérieure ou l'inférieure, mais encore au centre même du canal, clos dans ce cas par deux diaphragmes distincts.

7) Quand l'abcès osseux médullaire se forme dans un os qui vient d'être le siège d'une ostéomyélite purement plastique, on observe les faits suivants :

a) L'engainement de l'os malade par les couches néoplasiques;

b) L'adhérence intime et forte du périoste aux couches néoplasiques ;

c) L'agrandissement en diamètre du canal médullaire ;

d) Le cloisonnement à la limite de l'abcès par des diaphragmes osseux ;

e) La trépanation spontanée du canal médullaire.

Ces phénomènes ne s'observent jamais dans la médullite purulente totale.

8) L'agent de la trépanation, le trépan organique, est le périoste.

9) Dans les abcès médullaires pas plus que dans les abcès en pleine substance, il n'y a de nécrose. On ne trouve que des phénomènes d'hyperplasie, soit condensante, ou interstitielle, soit limitante ou engainante.

10) Les abcès médullaires, comme tous les autres abcès des os, peuvent être produits par des causes traumatiques ou par des causes organiques.

11) L'agrandissement de la cavité de la moelle dans les abcès médullaires est un phénomène de nutrition et d'accroissement de la paroi du canal. Il importe, dans les accroissements, de discerner deux modes tout à fait dissemblables l'un de l'autre :

1° Les accroissements par crevasses ou par perte de substance;

2° Les accroissements par hyperplasie interstitielle.

12) Le processus plastique dans l'abcès osseux s'exprime par les manifestations suivantes : 1° l'éburnation, 2° l'emboîtement par des couches de nouvelle formation, 3° la fermeture par des tampons osseux dans les médullites purulentes partielles (*ostéite limitante*).

13) Voici les différences capitales entre la médullite purulente et la médullite plastique : 1° la médullite purulente aiguë est essentiellement décollante des membranes, périoste et membrane médullaire; la mé-

dullite plastique est tout le contraire; elle fait adhérer le périoste plus fortement qu'à l'état normal; 2° la médullite purulente rend cette trépanation absolument impossible.

14) Un abcès médullaire n'est possible qu'à la condition d'avoir été précédé et accompagné d'une ostéite engainante et d'une ostéite limitante.

XXVI. — Un exemple irrécusable d'abcès médullaire a été présenté par M. Berger à la Société de chirurgie. Dans ce cas, en effet, une portion de canal médullaire, renfermant encore de la graisse jaune, séparait les deux cavités purulentes que renfermait le tibia. L'affection remontait à l'adolescence et avait plus de dix ans d'existence.

XXVII, XXVIII. — Dans les observations nouvelles communiquées par MM. Heurtaux et Trélat, au contraire, il s'agissait d'abcès du tissu spongieux. Ces deux derniers cas peuvent être considérés comme de beaux exemples de l'efficacité de la trépanation. M. Trélat a saisi cette occasion pour insister une fois de plus sur le diagnostic des abcès des os. Il donne, comme signe d'une valeur toute particulière, les crises douloureuses à exacerbations nocturnes qui précèdent souvent de longtemps l'apparition des phénomènes locaux.

A cette occasion M. Tillaux a signalé une erreur de diagnostic qui mérite une mention en raison même de son caractère insolite. Il pratiqua la trépanation de l'humérus sur un jeune homme chez lequel tous les accidents paraissaient accuser l'existence d'un abcès osseux : il s'agissait d'un ostéosarcome de cet os.

XXIX. — Le travail de M. Th. Goureau, sur l'ostéite cavitaire; présente un certain intérêt. Il désigne sous ce nom une forme d'ostéite centrale caractérisée par la production d'une cavité au centre du tissu spongieux : cette cavité étant elle-même tapissée ou plutôt remplie par des fongosités. Dans les observations qu'il relate, les parois osseuses de la cavité au lieu de présenter (ainsi que cela s'observe le plus souvent autour des abcès des os) une zone d'ostéite condensante, étaient atteintes d'ostéite raréfiante. L'auteur a seulement le tort de décrire cette lésion comme le résultat d'une inflammation tout à fait distincte des autres variétés qui mènent à l'abcès ou au faux abcès des os, puisque les transformations des abcès des os, et particulièrement la transformation fongueuse de leur contenu, ont été signalées et décrites ; du reste il ne donne aucun caractère valable qui permette de distinguer l'ostéite cavitaire qu'il décrit des autres variétés d'ostéites centrales, au lit du malade. On ne doit donc, jusqu'à nouvel ordre, considérer cette lésion que comme une forme particulière de l'abcès des os. Les caractères anatomiques eux-mêmes sur lesquels il s'appuie ne sont pas uniformes : ainsi dans deux des observations qu'il rapporte, la cavité osseuse, outre le tissu de granulations, renfermait de petits séquestres. Ces observations, néanmoins, recueillies avec grand soin et retraçant des lésions qu'on n'a pas communément l'occasion de rencontrer, sont d'utiles documents qui s'ajouteront à ceux que nous possédons déjà sur les différentes formes de l'ostéite chronique prolongée.

PAUL BERGER.

Epitheliombildung in Sequesterladen (Formation d'épitheliomas dans des cloaques de nécrose), par NICOLADONI (de Vienne) (*Archiv. f. klinische Chirurgie, Band XXVI, Heft I, p.* 9, 1881).

Esmarch avait déjà attiré l'attention sur la formation de ces tumeurs hétérotopiques, l'auteur en rapporte 3 nouveaux cas. Il s'agit d'épithéliomes développés dans des cloaques.

Nicoladoni rapporte leur origine à l'attraction dans un des trajets fistuleux d'une languette de peau qui se sépare ensuite, soit par suite d'une tentative opératoire, soit par un travail d'ulcération.

Voici ce que ces épithéliomas papillaires présentent de spécial au point de vue clinique.

1° Accroissement lent du néoplasme ;

2° Pas d'ulcération ;

3° Malgré son développement dans la cavité du séquestre et dans les cloaques l'épithélioma n'envahit pas les parties molles extérieures ; il s'arrête au bord de l'orifice fistuleux qui constitue comme une barrière à son envahissement.

Dans aucun des cas cités, le cancroïde n'a attaqué la peau avoisinante. Dans deux cas, les ganglions inguinaux sont restés tout à fait intacts.

E. SCHWARTZ.

A case of fractured skull with symptoms simulating drunkenness (Fracture du crâne, symptômes initiaux simulant l'ivresse), par WRIGHT (*The Lancet, vol. I, p.* 800, 1880).

Une demi-heure après une chute sur la tête, un homme de 28 ans se présentait à Manchester royal Infirmary, porteur d'une large plaie de la région frontopariétale droite. Le malade a toute sa connaissance, il marche librement, mais il se montre particulièrement irritable : il ne veut pas qu'on touche à sa plaie, il ne veut pas qu'on le panse ; il se plaint surtout de la nuque qui ne présente cependant aucune trace de traumatisme. On note un peu d'écoulement de sang par le nez et une légère ecchymose de la paupière supérieure droite, mais on ne constate ni paralysie, ni anesthésie, ni fracture appréciable au niveau de la plaie. On peut donc croire à des phénomènes cérébraux d'origine alcoolique ; toutefois le blessé ayant perdu connaissance au moment de sa chute, dont il ne conserve aucun souvenir, on réserve le diagnostic.

Quelques heures plus tard, les symptômes de fracture s'accusent : état comateux, dilatation de la pupille droite, paralysie faciale du même côté, respiration stertoreuse, etc... La mort survenait le lendemain.

Autopsie : Fracture sans déplacement. Du voisinage de la plaie partent deux traits : l'un se porte en avant et gagne la lame criblée ; l'autre descend en arrière et gagne l'angle antérieur du pariétal ; à ce niveau l'artère méningée est déchirée et un vaste épanchement sanguin comprime les parties moyenne et postérieure du lobe frontal. Du côté gauche contusion, par contrecoup sans doute, du lobe frontal dans une petite étendue. V. CAMPENON.

I. — Der Thoraxgipsverband bei Frakturen der Wirbelsäule. (La cuirasse plâtrée dans le traitement des fractures de la colonne vertébrale), par KOENIG (*Centralbl. f. Chir.*, 1880, *n°* 7).

II. — Zur Behandlung der Frakturen der Wirbersäule mit dem Sayre'schen Gipskorselt (Du traitement des fractures de la colonne vertébrale par la cuirasse plâtrée de Sayre), par WAGNER (*Centralbl. f. Chir.*, 1880, *n°* 46).

Kœnig relate trois observations de fractures de la colonne vertébrale (8e dorsale, 8e-10 dorsales, 1re lombaire) s'accompagnant deux fois de phénomènes paralytiques peu marqués, et dans lesquels la guérison se fit rapidement, sans gibbosité et sans paralysie, sous la cuirasse plâtrée de Sayre, mise pendant la suspension. Dans les deux cas où il existait des phénomènes indiquant une altération de la moelle, paralysie de la vessie et du rectum, paraplégie incomplète avec fourmillement, etc., tous ces symptômes nerveux disparurent presque immédiatement après l'application de l'appareil.

Il n'en fut pas de même chez deux malades de Wagner, atteints de fractures de la dixième et onzième dorsales, avec paraplégie incomplète, dans un cas. Sous l'action de la suspension, la déformation rachidienne se corrigea immédiatement, mais on dut enlever l'appareil, car il survint presque aussitôt des douleurs violentes, et dans un cas une paraplégie incomplète avec paralysie de la vessie, qui n'existaient pas auparavant. Chez ce blessé, les phénomènes nerveux disparurent au bout de quinze jours environ, mais après un mois, il ne pouvait se lever ou s'asseoir sans vives douleurs; on appliqua alors à nouveau une cuirasse de Sayre, avec laquelle il put marcher, et la guérison fut complète en trois mois.

Kœnig conclut à l'adoption de la cuirasse de Sayre dans les cas de fractures récentes de la colonne vertébrale, non compliquées de destruction de la moelle, ne s'accompagnant que de troubles nerveux relativement peu intenses. Wagner est d'avis de n'employer la cuirasse de Sayre qu'au bout de quinze jours au moins; il craint, par la suspension, de déterminer soit un épanchement sanguin, soit le déplacement d'un fragment osseux dans l'intérieur du canal rachidien; il affirme avoir pu obtenir encore, au bout de plusieurs mois, la guérison de la difformité et la disparition des troubles nerveux. H. THOMAS.

Operation for ununited fracture of the olecranon by opening the joint and wiring the fragment to the ulna; bony union (Fracture non consolidée de l'olécrâne; avivement des fragments nécessitant l'ouverture de l'articulation; suture osseuse; consolidation), par W. ROSE (*The Lancet, vol. I, p.* 835, 1880).

Au mois de juin, un jeune homme de 20 ans fait une chute sur le coude et se fracture l'olécrâne. La lésion est méconnue et non soignée. Trois mois plus tard, il se présente à King's college hospital, se plaignant d'une impuissance absolue à étendre le membre. L'olécrâne est remonté de près de 2 centimètres et très mobile. C'est en vain qu'on fixe pendant 1 mois le membre dans la position étendue; l'olécrâne se laisse rapprocher mais ne se consolide pas.

Opération : Incision longitudinale sur la ligne médiane postérieure; dissection des ligaments latéraux de l'olécrâne ; résection du tissu fibreux lâche interfragmentaire; avivement des surfaces osseuses. Suture métallique des os, le fil ne pénétrant pas dans l'articulation. Précautions et pansements antiseptiques.

Mouvements communiqués le 10e jour. Mouvements spontanés possibles le 17e. Guérison complète. V. CAMPENON.

Ununited fracture of the olecranon treated by suture of the bones (Fracture non réunie de l'olécrâne traitée par la suture des os), par **Mac CORMAC** (*The Lancet*, 4 *juin* 1881).

Un homme de 26 ans, ayant fait une chute sur le coude, se fractura l'olécrâne. Pour des raisons mal connues la consolidation ne se fit pas, et quatre mois après l'accident le bras était maigri, atrophié, surtout dans sa partie supérieure ; l'extension active était impossible ; l'extrémité fracturée de l'olécrâne était portée en haut et éloignée du reste de l'os de 5 centimètres environ. Le fragment détaché fut mis à nu par une incision verticale, la surface de fracture affranchie par la section d'une mince couche d'os, et la réunion opérée par deux points de suture métallique. L'opération fut faite avec toute les précautions de la méthode antiseptique. Les fils furent enlevés le trente et unième jour, et le quarantième jour le malade put quitter l'hôpital. Les mouvements actifs d'extension étaient complètement rétablis et l'adhérence des deux fragments osseux semblait complète.

Dans la discussion qui suivit la présentation de ce fait à la Société clinique de Londres, Lister a rappelé deux cas semblables opérés par lui avec succès par un procédé analogue. H. BARTH.

Zur antiseptischen Knochennaht bei geschlossener Querbruch der Kniescheibe De la suture osseuse antiseptique dans les cas de fracture simple transversale de la rotule), par **Pfeil SCHNEIDER** (*Archiv f. klinische Chirurgie, Bd XXVI, Heft* 2, 1881).

Le but de ce mémoire est de recommander à la pratique chirurgicale une manière de faire, dont Lister a la priorité. Dans les cas de fracture même simple de la rotule, il arrive trop fréquemment que les fragments restent écartés l'un de l'autre malgré toutes les précautions prises par le chirurgien, accident qui donne lieu dans la suite à des inconvénients très graves.

Lister eut l'idée, en 1877, de pratiquer la suture des fragments d'une fracture transversale simple de la rotule, sous le pansement antiseptique ; la guérison eut lieu en 15 jours.

Sa conduite fut bientôt imitée par Cameron, Schede, Trendelenburg, Uhde, Smith, Henry, Metzler, Socin, et enfin par l'auteur.

En tout l'on a fait 10 fois cette opération, 5 fois elle a été pratiquée pour des fractures récentes. Aucun cas ne s'est terminé par la mort ; 6 cas se passèrent sans aucun incident ; 2 cas furent accompagnés d'une forte élévation de température qui n'eut aucune suite, 2 cas enfin se terminèrent par suppuration de l'articulation.

8 fois la suture a été très solide et le genou est resté mobile ; 2 fois la soudure a été incomplète, 2 fois il y a eu ankylose.

Le nombre des observations n'étant pas encore suffisant pour émettre une opinion décisive sur la valeur thérapeutique de cette tentative chirurgicale, Schneider engage fortement les chirurgiens à ajouter de nouveaux cas à ceux déjà connus.

Voici quel est, en quelques mots, le manuel opératoire :

Faire au-devant du foyer de la fracture une incision verticale ou plutôt curviligne, cette dernière s'accordera mieux avec un drainage de l'articulation ; ouvrir le foyer de la fracture, et par suite l'articulation qu'on débarrassera du sang qu'elle peut contenir dans les cas de fracture récente, et qu'on lavera avec la solution phéniquée forte ; puis faire 2 ou 3 points de suture osseuse en traversant obliquement les fragments avec un poinçon. On pourra traverser toute l'épaisseur en soulevant une partie de l'os ; la première manière n'a eu aucun inconvénient, quoique les fils fussent dans l'articulation et que, dans certains cas, l'on sentît même leur frottement contre la surface de la trochlée fémorale.

Les fils seront de préférence de gros fils d'argent ou des fils de catgut, ou de soie japonaise. Il faudra, autant que possible, les conduire de façon que les sutures restent et que la cicatrice se fasse par-dessus lui, de façon à ne pas risquer une désunion possible si les fragments n'étaient pas réunis artificiellement.

Le tout se fera avec toutes les précautions du pansement antiseptique ; dans les cas favorables le patient ne devra pas rester couché plus de deux à trois semaines. E. SCHARWTZ.

De la réunion des fragments osseux détachés des grands os longs, par N. N. JAKISNOWITSCH (*Wratsch*, 1880, n° 29 — *Centralbl. f. Chir.*, 1880, n° 44).

Les expériences faites par l'auteur sur les chiens, avec beaucoup de précautions (antisepsie, repos absolu, etc.), lui permettent de conclure que des fragments osseux des os longs, même complètement détachés et dépouillés de leur périoste, peuvent se réunir et faire de nouveau partie de l'os, et cela qu'ils aient conservé ou non leurs rapports avec les tissus environnants, qu'ils aient ou non subi un déplacement.

R. TH.

De la fracture de la cavité cotyloïde; symptomatologie et diagnostic; signe nouveau, par E. BOECKEL (*Gaz. méd de Strasb.*, n° 2, 1880).

Boeckel a eu occasion d'observer deux cas de fracture ou mieux d'enfoncement de la cavité cotyloïde par la tête du fémur; Cooper en rapporte brièvement un cas, et Malgaigne en cite deux, empruntés l'un à Morel-Lavallée, l'autre à Moore.

Dans les deux observations de Boeckel, l'accident a été la conséquence d'une chute sur le côté; si le choc est transmis exactement dans le sens de l'axe du col, la tête enfonce la cavité cotyloïde; tantôt elle ne fait que la soulever (obs. de Boeckel) ; tantôt elle la perfore et fait saillie dans le bassin (obs. de Cooper) pouvant comprimer le nerf obturateur (obs. de Morel-Lavallée). Dans tous les cas où il y a eu autopsie, la fracture était multiple ou même comminutive et pouvant être accompagnée d'autres fractures du bassin.

La symptomatologie rappelle celle des fractures du col du fémur, principalement des fractures intracapsulaires; le raccourcissement est peu prononcé, rotation du pied en dehors, absence de crépitation, les fragments de la cavité cotyloïde frottant contre la tête fémorale intacte. Mais le symptôme le plus important consiste dans la facilité avec laquelle le pied, renversé en dehors, se laisse ramener dans la position normale, sauf à retomber ensuite lentement dans sa position vicieuse : la tête fémorale n'est, en effet, plus fixée par les ligaments articulaires. Enfin on trouve un signe positif dans la saillie des fragments et de la tête fémorale dans l'intérieur du bassin, sur celle qui peut être constatée directement par le toucher rectal. Toute fracture supposée du col du fémur, présentant quelque symptôme insolite : raccourcissement très faible, névralgie du nerf obturateur, redressement facile du pied renversé, ne pourra donc être définitivement admise qu'après une exploration rectale destinée à exclure la fracture de la cavité cotyloïde. H. TH.

Du retard de la consolidation dans les fractures du membre inférieur, par G. RAYMONDAUD (*Thèse de Paris*, 1880).

Lorsqu'on étudie le travail de répartition qui se produit dans toute fracture du membre inférieur, on remarque qu'il se fait soit assez rapidement, soit en éprouvant un retard, c'est ce qui constitue la consolidation normale et la consolidation retardée ; ou bien on le voit aboutir à une pseudarthrose : distinguer le retard de la consolidation de ce dernier état, et faire voir que le traitement est tout différent a été le but que s'est proposé M. Raymondaud.

Après avoir établi, au point de vue anatomique, que dans l'un (la pseudarthrose) il y a travail accompli, incapable par lui-même de modification spontanée, et dans l'autre une évolution, qui ne s'est que suspendue, mais qui doit nécessairement reprendre dans le sens du progrès l'auteur consacre un intéressant chapitre de sa thèse à la symptomatologie en insistant sur certains signes, qui permettent d'éliminer la pseudarthrose ; dans cette dernière, pas de tuméfaction au niveau de la fracture, une mobilité plus ou moins prononcée et l'absence de douleurs ; au contraire, lorsqu'il n'y a que retard, on note du gonflement, on peut déterminer une incurvation de l'os sans obtenir une mobilité véritable, on donne lieu à de la douleur, en outre on constate ordinairement l'impuissance des mouvements volontaires.

C'est en se basant sur ces signes que le diagnostic pourra être établi et c'est en s'appuyant sur les causes, qui sont les mêmes que celles des pseudarthroses, que l'on instituera le traitement. Suivant tel ou tel cas la thérapeutique médicale ne devra pas être négligée : mais c'est surtout au traitement chirurgical que l'on doit avoir recours pour réveiller l'activité vitale au foyer de la fracture. On a tour à tour employé les irritants extérieurs et les irritants intérieurs et avec les uns et les autres obtenu des succès. Les frictions, la vésication, la cautérisation, l'extension permanente appartiennent à la première classe : dans la seconde se rangent l'acupuncture, l'électropuncture, le séton, les injections de liquide caustique dans le foyer de la fracture. Mais de toutes ces méthodes d'agir il n'en est aucune, qui offre de meilleurs résultats, sans exposer à aucun

danger, que celle qu'emploie fréquemment le professeur Le Fort, et que l'on décrit sous le nom de frottement automatique. Toutes les fois que les fragments sont bout à bout (c'est une des conditions nécessaires) et qu'il y a un commencement de formation de cal, il suffit d'appliquer un appareil de renforcement (le bandage silicaté est préférable) et de faire marcher le malade. Sous l'influence du frottement, la guérison survient rapidement, ainsi que le prouvent onze observations publiées par l'auteur.

OZENNE.

Results of antiseptic osteotomy for genu valgum, varum and other osseous deformities of the lower limb. (Sur 835 ostéotomies pratiquées pour des déformations du membre inférieur), par WILLIAM MACEWEN (*The Lancet, vol. II, p.* 450, 1880).

330 sujets ont été opérés. La lésion étant presque toujours double, il s'agit en réalité de 557 membres traités par l'ostéotomie. Or certains cas étaient tellement compliqués que l'on dut faire non pas une seule section osseuse, mais jusqu'à trois et cinq ruptures de l'os. Ainsi se trouve atteint le chiffre de 835 ostéotomies.

Sur les 330 opérés 3 sont morts, tous trois de maladies accidentelles (1 pneumonie, 1 méningite tuberculeuse, 1 diphtérie).

Une fois, il fallut faire une amputation secondaire. Le lendemain, le malade avait défait son appareil. La guérison eut lieu.

Huit plaies seulement ont suppuré ; les autres se sont réunies et fermées par « l'organisation du caillot sanguin ».

Ces résultats sont dus aux pansements antiseptiques, car il ne faut pas croire à la possibilité d'une ostéotomie sous-cutanée ; toujours l'air arrive au contact du foyer osseux. Il s'agit en réalité d'une fracture compliquée.

V. CAMPENON.

Eine neue osteoplastische Resection-Methode am Füsse. (Nouvelle méthode de résection ostéoplastique du pied), par MIKULICZ. (*Archiv f. klinische Chirurgie, Band XXVI, Heft* 2).

Nous ne ferons qu'exposer l'opération telle que l'a conçue Mikulicz. Elle consiste dans une résection de l'extrémité inférieure des os de la jambe, de l'astragale, du calcanéum et de la partie postérieure du cuboïde et du scaphoïde pour une carie des os avec ulcérations de la peau. L'opérateur fit une incision qui encadra tout le talon en passant sur le tendon d'Achille en haut, dans la plante du pied en bas ; sectionna toutes les parties molles, ouvrit l'articulation tibio-tarsienne, réséqua les extrémités du tibia et du péroné; puis, enlevant l'astragale et le calcanéum, il abrasa encore le cuboïde et le scaphoïde. Ce qui restait du pied ne pendait plus à la jambe que par le pont des parties molles formé par les tendons extenseurs, les vaisseaux et nerfs pédieux. Le pied fut placé de telle façon que la surface osseuse du scaphoïde et du cuboïde s'adaptèrent à celles du tibia et du péroné. On réunit et on draina le tout sous le pansement antiseptique.

Il n'y eut pas de gangrène; peu de réaction.

Après deux mois, la plaie était solidement guérie, et l'axe du pied se trouvait dans l'axe de la jambe. Le blessé commença à se servir de son membre en marchant sur la pointe du pied, sur les orteils, comme les digitigrades, à l'aide d'un soulier spécial; quatre mois et demi après l'acte opératoire, il pouvait marcher sans souliers et soutenir sur le membre réséqué tout le poids de son corps.

Mikulicz recommande cette opération, qui n'a pas encore la sanction de la pratique, dans les cas de carie étendue des os et articulations de la jambe avec le pied, dans les cas de perte de substance abondante des téguments du talon, enfin dans les cas de plaies de guerre ayant détruit le talon et les parties ambiantes. E. SCHWARTZ.

Étude sur la trépanation de l'os iliaque dans les lésions de la fosse iliaque interne, par Th. WEISS (*Thèse de Paris*, 1880).

Dans ce travail intéressant, l'auteur discute les indications et les contre-indications de la trépanation, décrit avec soin le manuel opératoire et se résume de la façon suivante :

La trépanation de l'os iliaque, appliquée à l'extraction des corps étrangers de la fosse iliaque interne, n'est indiquée qu'à une période tardive surtout lorsqu'une suppuration interminable menace les jours du malade. Primitivement, l'abstention est de règle, à moins d'indications spéciales. Faite avec les précautions de la méthode antiseptique, elle n'offre que peu de dangers.

Dans le cas d'abcès de la fosse iliaque, l'opération convient particulièrement aux abcès sous-périostiques, à certaines formes d'abcès sous-aponévrotiques, et peut-être aux abcès sous-péritonéaux, qui ne contractent pas d'adhérence avec la paroi abdominale. Enfin, elle peut encore être pratiquée dans la variété rare de fistules sterco-purulentes, les fistules iléo-lombaires. OZ.

On lengthening of the limb as a result of kneejoint disease. (De l'allongement du membre inferieur consécutivement aux affections du genou), par W. WAGSTAFFE (*S. Thomas's hosp. Rep. IX, p.* 277).

Voici les conclusions de ce mémoire :

Les affections chroniques du genou chez les enfants et les adolescents à croissance rapide s'accompagnent fréquemment d'une modification dans la longueur du membre, presque toujours d'un allongement.

Le fémur est le plus souvent le siège de cet allongement, quoiqu'il soit plus commun de voir un seul membre affecté. Néanmoins le fémur du côté opposé peut participer au travail d'allongement. L'augmentation de longueur du fémur correspondant à l'arthrite varie de 6 à 9 centimètres. Il est probable qu'en pareil cas il s'est produit par propagation une inflammation de l'épiphyse de l'os, au voisinage du cartilage épiphysaire. Dans les cas où il y a raccourcissement, chose beaucoup plus rare, il est vraisemblable qu'il y a eu soit arrêt de développement de l'ossification, soit peut-être une ostéite raréfiante ayant détruit partiellement l'extrémité osseuse.

Quand, après une affection du genou de longue durée chez un enfant, le membre garde sa longueur normale, on peut en inférer qu'il s'agissait d'une affection de la synoviale n'intéressant pas les parties osseuses.

Nous ignorons jusqu'à présent si ces allongements du fémur sont définitifs ou corrigés par le développement ultérieur de la croissance.

H. R.

An unusual case of lameness ; operation ; cure (Sur une cause rare de boiterie ; guérison après opération) par Fr. TREVES (*The Lancet, vol. II, p.* 340, 1880).

Un homme de 60 ans, vigoureux, de bonne constitution et sans passé morbide, raconte que depuis un an il souffre cruellement du pied gauche lorsqu'il marche. Il ressentit pour la première fois cette douleur il y a un an environ en ôtant sa botte ; depuis lors, il l'éprouve chaque fois qu'il marche, chaque fois que pour une cause quelconque il fléchit les orteils, vers le dos du pied ; elle commence au côté externe de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, puis s'irradie au dos du pied et à la face antérieure de la jambe ; elle devient alors absolument intolérable. Elle cesse lorsque le malade est au repos et disparaît absolument tout le temps que le pied est immobile. La démarche de ce malade est celle de quelqu'un qui souffre du bord interne du pied ; il n'appuie que sur le bord externe. L'examen des parties ne révèle aucune lésion appréciable à l'œil. Par la palpation on reconnaît que l'on peut facilement et sans douleur fléchir l'orteil vers la plante du pied, lui imprimer des mouvements de latéralité et de torsion ; la souffrance s'éveille, au contraire, aux moindres tentatives de flexion vers le dos du pied ou, si l'on aime mieux, d'extension forcée. Or ce mouvement est justement celui qui se produit dans la marche et dans l'acte de se débotter. Bien que l'articulation soit saine, on constate un volume légèrement exagéré, surtout du côté externe, de la tête de la première phalange. Dès lors on admet comme probable que pendant le mouvement d'extension forcée, cette tête venait accrocher, presser ou tirailler le nerf collatéral externe, branche du tibial antérieur.

Après application de la bande d'Esmarch, une incision de plusieurs centimètres découvrit les parties et fit reconnaître la disposition qu'on avait prévue. Un peu plus d'un centimètre de nerf fut réséqué. La plaie se cicatrisa rapidement, et depuis lors le malade est absolument guéri de ses souffrances.

V. C.

On splitting of the tongue with a view to facilitating operations at its base. (Lymphome de la base de la langue ; de la section médiane de la langue dans le but de faciliter les opérations pratiquées sur sa base), par J. HARDIE (*The Lancet, vol. I, p.* 789, 1880).

Un homme de 25 ans se présente avec une tumeur de la base de la langue, datant de 2 mois. Il n'y a pas de douleur, mais la respiration et la déglutition sont profondément gênées ; quant à la voix, elle rappelle par son timbre la voix de l'amygdalite. La tumeur répond à la partie reculée de la base de la langue, au voisinage immédiat de l'épiglotte. Elle est élastique au toucher, de couleur rosée à la vue ; son accroissement est rapide. On diagnostique un lymphome.

Comme 1er temps on pratique la trachéotomie 8 jours avant. — La section de la joue ne paraissant pas devoir donner assez de jour, on procède de la façon suivante : section sur la ligne médiane, du menton, du maxillaire inférieur, et du plancher buccal jusqu'au voisinage de l'os hyoïde. La langue

préalabablement traversée vers sa pointe par deux fils, l'un droit, l'autre gauche, est divisée dans toute son étendue sur la ligne médiane. La tumeur devient dès lors parfaitement accessible. Son volume est celui d'une grosse noix; elle se laisse écraser sous le doigt et se déchire sous l'instrument. On l'extrait, en enlevant en même temps un peu du tissu cellulaire et des fibres musculaires avoisinants. — Suture de la langue dont on adosse les deux moitiés, suture du maxillaire inférieur et des téguments. — On dut lier la linguale qui fut intéressée au cours de l'opération. — Peu d'heures après l'opération, le malade tombait dans un collapsus inquiétant, mais il put reprendre le dessus et la guérison se fit rapidement.

Le microscope montra qu'il s'agissait bien d'un lymphome. V. CAMPENON.

Zur Geschichte und operativen Behandlung des Zungenkrebses (Contributions à l'histoire et au traitement chirurgical du cancer de la langue), par Anton WŒLFLER (*Arch. f. klinische Chirurgie, Bd XXVI, Heft* 2).

Ce mémoire très important, riche de faits et d'observations est un plaidoyer en faveur de l'opération large et précoce du cancer de la langue ; il renferme de plus l'exposé du mode opératoire mis en usage dans ces dernières années par le professeur Billroth et qui semble lui avoir donné de très bons résultats.

Nous laisserons de côté toute la première partie du travail qui est un historique du traitement chirurgical du cancer de langue, pour ne retenir que ce fait, c'est que l'auteur critique les méthodes d'éxérèse telles que le galvano-cautère, le thermo-cautère et même l'écraseur de Chassaignac ; surtout quand il s'agit de larges ablations de la langue et du plancher de la bouche, il accuse ces différents procédés de ne pas mettre suffisamment à l'abri des hémorragies.

Une seconde partie de son travail contient l'exposé de 45 opérations du cancer de la langue pratiquées par le professeur Billroth de 1871 à 1880.

C'est sur l'étude approfondie de ces observations, sur leur comparaison avec 42 opérations faites de 1871 à 1876, que l'auteur se base pour développer les considérations que nous allons maintenant résumer :

Nous passerons rapidement sur les questions d'âge et de sexe qui sont suffisamment éclaircies, de même sur la pathogénie, le siège et la durée de l'évolution morbide pour donner immédiatement les résultats opératoires et l'exposé de la méthode de Billroth.

De 1877 à 1881, le professeur de Vienne fit, sur 46 malades, 53 opérations ; chez 7 malades on fit 2 fois l'opération. Il y a eu 42 guérisons et 11 morts, dont 2 absolument indépendantes de l'acte opératoire, ce qui réduit les morts à 9. Il y a donc eu 17,6 0/0 de mortalité. 11 fois on fit l'ablation de l'organe par une autre voie que la voie buccale, 40 fois la langue fut enlevée par la bouche, 20 fois l'on fit l'hémostase directement par la cavité buccale, 20 fois on lia l'artère linguale, la première manière de faire donna 25 0/0 de mortalité, la deuxième 10 0/0 seulement.

Le chiffre de la mortalité a été beaucoup plus élevé pendant la période qui a précédé celle dont nous venons de donner les résultats ; de 1871 à 1876, elle a été 25 0/0.

L'auteur montre ensuite que les opérations préliminaires telles que la section ou la résection du maxillaire inférieur, la méthode sous-mentale

de Regnoli ne rendent pas plus facile l'extirpation et présentent beaucoup d'inconvénients, entre autres la production de broncho-pneumonies septiques ; il indique aussi la section préliminaire de la commissure labiale et des joues.

Quant au procédé sus-hyoïdien latéral employé par Kocher, avec trachéotomie préventive, application de la canule de Trendelenburg et tamponnement antiseptique, Wœlfler est plus disposé à le prôner. Il permet l'ablation de la glande sous-maxillaire des ganglions et du plancher de la bouche et de presque toute la langue.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude de la ligature de la ou des linguales comme temps préliminaire et hémostatique. C'est là un excellent moyen et qui ne saurait trop être recommandé; le fil doit être placé sur l'artère au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. On doit faire en même temps, à l'aide de l'excision superficielle, la ligature de la faciale que l'on sectionne entre deux fils, l'extirpation des ganglions et de la glande sous-maxillaire, s'ils présentent des traces de dégénérescence.

Voici maintenant la description du manuel opératoire:

Après avoir fait la ligature artérielle et garni la plaie de gaze phéniquée, l'on ouvre fortement la bouche du patient à l'aide d'un ouvre-bouche. En supposant pris le plancher de la bouche, après avoir détaché les gencives avec une érigne, on commence par sectionner avec des ciseaux courbés sur le plat. La langue est tirée au dehors à l'aide d'une pince de Museux et le sang est arrêté soit à l'aide de pinces hémostatiques, soit à l'aide de ligatures. A chaque coup de ciseaux, on s'assure avec le doigt qu'on n'a rien laissé de suspect. L'hémorragie est pour ainsi dire nulle quand on a pratiqué la ligature préventive des 2 linguales. Quand on ne veut enlever que la moitié latérale de la langue, on agit absolument de même; la linguale du même côté a été liée d'abord. Quand on ne doit enlever que le quart ou la moitié antérieure de la langue, la ligature primitive n'est pas nécessaire et on fait l'hémostase au fur et à mesure.

L'opération une fois terminée, Wœlfler insiste sur deux points très essentiels selon lui, pour le succès définitif, à savoir : la cautérisation de toute la surface saignante avec de la poudre de permanganate de potasse et le drainage. Quand on aura fait la ligature de la linguale, on se servira de la plaie sous-hyoïdienne pour passer un fort drain, qui traverse toute la bouche et donne issue à tous les liquides septiques. Les jours suivants l'on touchera encore 2 à 3 fois la plaie avec une solution concentrée de permanganate de potasse. Dans tous les cas où l'on a mis en pratique cette manière de faire, l'auteur n'a remarqué ni phlegmons du cou, ni diphtérie buccale, ni broncho-pneumonie septique.

Il résulte des faits étudiés que l'extirpation de la langue par la bouche est relativement facile ; le sang est facilement arrêté ; le nombre des récidives est moindre, celui des guérisons définitives supérieur à celui que donnent les autres méthodes opératoires.

Quelles sont les causes de la mort après l'opération du cancer de la langue? Ce sont surtout les pneumonies septiques, les unes aiguës, les autres chroniques, la pyohémie, la septicémie aiguë et chronique, enfin des causes locales telles que le phlegmon diffus, la diphtérie. Le pansement

largement ouvert et désinfectant décrit ci-dessus met le plus souvent et le plus efficacement à l'abri de ces complications.

Quant aux récidives, question bien importante comme on le sait, voici ce que nous trouvons : 6 fois sur 45 , la lésion n'avait pas reparu depuis 2 ans 1/2 et 3 ans 1/2 qu'était faite l'opération ; c'est là un résultat déjà consolant ; 4 autres fois la récidive n'était pas encore survenue à une époque variant de 9 mois à 1 an.

Il y eut 13 récidives ; et sur ces 13, 9 morts. La récidive eut lieu 8 fois malgré des ablations très larges accompagnées de résection de l'os, extirpation des ganglions, 5 fois elle a été observée après l'ablation sans grand délabrement, le cancroïde étant moins étendu.

Il semble que la présence de ganglions infectés au moment de l'opération ne soit pas d'un très fâcheux pronostic à ce point de vue ; dans 5 cas de guérison, définitive depuis quelques années, il y avait eu de gros ganglions enlevés.

En résumé, ne pas désespérer d'obtenir la cure définitive du cancer lingual et pour cela opérer tôt et enlever au delà des limites du mal, tel doit être le but visé par le chirurgien. E. SCHWARTZ.

Excision of one lateral half of the tongue. Present condition of the first patient, operated on in 1865 (Procédé d'excision de la moitié de la langue. Etat actuel d'un malade opéré en 1865), par Geo. BUCHANAN (*The Lancet, vol. II, p.* 650, 1880).

Pour exciser la moitié de la langue, Buchanan conseille le procédé suivant : diviser la lèvre inférieure et le maxillaire sur la ligne médiane ; détacher la langue et l'appareil sublingual du plancher de la bouche ; fendre la langue au bistouri de sa pointe à sa base jusqu'à l'os hyoïde ; détacher au bistouri ses insertions à l'hyoïde et ses attaches à l'épiglotte. La ligature de la linguale se fait au moment où elle se montre.

Un malade opéré en 1865 est resté parfaitement guéri. La parole est distincte bien qu'un peu gênée. La langue est roulée sur elle-même de dehors en dedans, de son bord sain vers la surface cicatrisée.

V. CAMPENON.

Cas de grenouillette sublinguale, par DIEU , rapport par DELENS (*Bulletin de la Société de chirurgie, pages* 456, 475, 498, 513, 1881).

M. Dieu opère, par l'excision et la cautérisation de la poche, une grenouillette sublinguale ; 3 mois après la récidive se produit, et apparaît une tumeur sus-hyoïdienne communiquant avec la poche sublinguale. M. Dieu pratique l'excision de la tumeur kystique par la région sus-hyoïdienne et constate au cours de l'opération que la tumeur opérée précédemment par lui, lorsqu'elle ne constituait qu'une grenouillette sublinguale ordinaire, avait récidivé en écartant les fibres du génio-glosse et du génio-hyoïdien pour mieux faire saillie à la région sus-hyoïdienne. Ce fait a donné lieu à de très intéressantes discussions, lesquelles ont porté sur deux points : la pathogénie de la grenouillette et son traitement.

Pour le rapporteur il est démontré désormais qu'une grenouillette sus-hyoïdienne peut résulter de la migration d'un kyste intra-buccal; mais Forget émet des doutes et regrette de ne pas connaître l'exacte composition du liquide évacué lors de la première et lors de la seconde opération. Pour Tillaux, il est probable qu'il s'est d'abord formé un kyste dans la bourse de Fleischmann, puis ce kyste s'est glissé entre les muscles sus-hyoïdiens ; à moins, comme le fait remarquer M. Sée, qu'il n'ait trouvé son origine dans un grain glandulaire erratique situé entre les faisceaux du génio-hyoïdien. Verneuil assigne au contraire comme siège le conduit de Wharton à la grenouillette sus-hyoïdienne, mais sans se montrer exclusif. Tout récemment, en effet, Recklinghausen ayant eu l'occasion de faire la dissection d'une grenouillette l'a considérée comme développée aux dépens de la glande de Nühn. Et de son côté le professeur Neumann de Kœnigsberg a vu une collection qui siégeait sur le conduit partant du trou borgne de la langue et traversait cet organe pour arriver à la région hyoïdienne (*ductus excretorius linguæ* de Bochdaleck). Enfin il ne faut pas oublier que les kystes dermoïdes, bien connus maintenant, simulent parfois la grenouillette. MM. Anger et Nicaise en apportent deux exemples au cours de la discussion. Ces kystes sont en général médians, d'une énucléation facile, et n'ont d'attache qu'avec les apophyses géni.

Plus diverses encore sont les opinions relatives au traitement. A l'exemple de Dieu, on peut parfois recourir à l'excision, c'est même le seul parti à prendre en face du kyste dermoïde; mais dans la majorité des cas ne peut-on guérir à moins de frais? Le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le perchlorure de fer appliqués sur la paroi ont leurs partisans. Pour les grenouillettes sus-hyoïdiennes, Verneuil propose exclusivement la création d'une fistule, et pour arriver à ce résultat se loue fort de la ligature élastique ; avec une aiguille courbe, armée d'un fil de caoutchouc, il traverse le kyste de part en part, puis noue les deux bouts sur le côté correspondant de la grenouillette, dont la paroi est ainsi sectionnée en 6 jours. Desprès a employé avec succès le séton maintenu en place pendant plusieurs mois. Pour Le Dentu, ayant essayé dans 25 cas les injections de chlorure de zinc liquescent, suivant la méthode de Th. Anger et ne l'ayant jamais vu échouer, c'est ce moyen qu'il considère comme supérieur à tous les autres. On injecte dans une grenouillette grosse comme une noix 1 goutte 1/2 de cette substance, et l'inflammation ainsi provoquée est suffisante pour amener une résorption complète du liquide au bout de 10 à 12 jours. Ce chirurgien n'a pas encore eu de récidive jusqu'à présent. L. JULLIEN.

De l'extirpation des angiomes pulsatiles, par RICHELOT (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 634, 1881).

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

L'extirpation réussit dans les cas graves où le perchlorure de fer n'entre même pas en ligne de compte.

Elle est bonne *à fortiori* dans les cas véritablement simples où l'hémorragie est moins à craindre, où l'opération radicale tranche le mal à peu de frais, amène une prompte guérison, où, au contraire les injec-

tions traînent en longueur, échouent quelquefois, laissent la porte ouverte aux récidives, parfois même produisent des accidents redoutables, et sur lesquels nous n'avons aucune prise, de telle façon que l'extirpation est ou la seule ressource, ou un moyen plus commode et plus efficace qu'un autre.

Deux observations très intéressantes accompagnent ce mémoire. Dans la première il est question d'une femme de 27 ans qui portait un angiome dans la région postérieure du cou. Plusieurs injections de perchlorure de fer y furent faites, et n'eurent d'autre résultat que d'amener une réaction vive, de l'ulcération, et une fois une embolie pulmonaire qui donna de vives inquiétudes. Le professeur Verneuil se résolut alors à pratiquer l'extirpation à l'aide du thermo-cautère et l'opération ne causa qu'une perte de sang peu considérable ; la plaie fut pansée à plat et la guérison ne se fit pas attendre.

Un second cas a trait à une tumeur du volume d'un œuf qui s'était développée sur le front, chez un homme âgé de 27 ans atteint congénitalement d'un petit angiome en cette région. De grosses veines l'entouraient. Néanmoins l'extirpation fut faite sans grande perte de sang et suivie d'une rapide guérison. L. JULLIEN.

Telangiektasie von ungewöhnlicher Ausdehung geheilt (Télangiectasie de dimension insolite), par HOFMOKL (*Wien. med. Presse, n°* 16, 1881).

Une petite fille vient au monde avec un petit nævus de la tempe droite ; à l'âge de quatre mois la tumeur érectile occupe toute la partie gauche de la tête, du visage et du cou, une grande partie de la nuque ; il en existe une autre en avant de l'oreille droite et plusieurs petites sur la muqueuse du palais. Le nævus occupant toute l'épaisseur de la peau paraît constitué par un tissu fibreux épais chargé de graisse.

Pressé par la mère de l'enfant, le chirurgien se décide à intervenir à l'aide du thermo-cautère Paquelin. Introduisant sous les paupières une plaque de corne, il les transperce avec l'aiguille rougie. Puis il attaque successivement les autres points et même le palais. Il respecte seulement le nævus du côté droit de la face. Le traitement ayant duré six mois, la suppuration abondante des parties malades a fort affaibli l'enfant qui finit cependant par se remettre. Un an après les dernières cautérisations, il ne reste plus à la place du nævus qu'un tissu cicatriciel lisse ; l'œil est intact, et il suffira d'une opération légère pour corriger un défaut insignifiant des paupières au niveau de l'angle interne. L. GALLIARD.

Further researche on ethylate of sodium in the treatment of nævus, par Benjamin Ward RICHARDSON (*The Lancet*, 29 *janvier* 1881).

Par une série d'expériences sur les animaux, l'auteur s'est convaincu que les éthylates de sodium et de potassium mis en contact avec les substances colloïdes se décomposent en un caustique actif à l'état naissant, et en alcool doué de propriétés à la fois antiseptiques et coagulantes. — Ce fait l'a encouragé à tenter l'emploi de ces agents comme moyen de détruire les tumeurs vasculaires, les nævus. L'éthylate de sodium a été employé de préférence, comme étant plus hémostatique, et neuf cas de nævus cutané ont été opérés avec succès. La méthode opé-

ratoire est la suivante : à l'aide d'une baguette de verre ou d'un pinceau de poil trempé dans la solution concentrée d'éthylate de sodium, on applique une goutte de caustique sur le point malade; si le nævus est considérable, ou s'il s'agit d'une tache de vin un peu étendue, on ne traite qu'une partie de la surface à chaque séance, en commençant par le bord extérieur et en se rapprochant peu à peu du centre. Au bout de peu de temps, il se forme une escarre crustacée, dense et ferme, qui ne tarde pas à tomber ; on fait alors une nouvelle application du caustique, et après un nombre variable de séances le nævus disparaît entièrement, le plus souvent sans laisser de cicatrice. Il faut se garder de chercher à enlever les croûtes avant qu'elles soient détachées, ou de hâter leur chute par des cataplasmes ; on s'exposerait à provoquer une hémorragie, ou l'ulcération de la tumeur ; une grande patience est donc nécessaire.

Suivant l'auteur, le même moyen peut être employé avec avantage pour la destruction des polypes muqueux des fosses nasales, pour la guérison des ulcères fétides avec ozène. Il est moins efficace dans le lupus. Une tentative faite pour détruire un goître par des injections sous-cutanées d'éthylate de sodium n'a pas été heureuse ; une hémorragie a emporté la malade. H. BARTH.

Ueber Arterienwunden und arterielle Hæmatome. (Des plaies artérielles et de l'hématome artériel), par G. SCHMOLL (*Diss. inaug. Bonn*, 1880. *Centralbl. f Chir.*, *n°* 42, 1880.)

Ce travail, où l'auteur cherche à démontrer que la ligature dans la plaie est le meilleur mode de traitement des blessures artérielles, renferme quelques observations intéressantes de ligatures d'artères, pratiquées à la clinique de Bonn pour les cas suivants :

1° Plaies artérielles du cou et de la tempe : compression, puis ligature de la carotide primitive, permettant de reconnaître les vaisseaux sectionnés et de les lier.

2° Anévrisme traumatique de l'artère axillaire gauche, suite de plaie par arme à feu. On essaie la ligature de la sous-clavière, sans pouvoir la trouver. Opération de l'anévrisme par la méthode ancienne, et ligature de l'axillaire facilitée par ce fait que le sang, en s'infiltrant dans les tissus, avait déjà comme disséqué le faisceau vasculo-nerveux.

3° 2 anévrismes traumatiques de l'artère radiale.
1 anévrisme traumatique de l'artère cubitale.
2 anévrismes traumatiques de la fémorale (1 amputation de cuisse et guérison, 1 mort par gangrène).
2 anévrismes traumatiques fémoraux artérioso-veineux (ligature de l'artère et de la veine ; 1 guérison, 1 gangrène nécessitant l'amputation de la jambe).
2 anévrismes traumatiques de l'artère tibiale antérieure. H. THORENS.

De l'emploi du catgut pour les ligatures d'artères dans la continuité, par E. BŒCKEL (*Gazette hebdom.*, *p.* 133, 148, 1880).

On a fait plusieurs reproches aux fils de catgut, et plusieurs chirurgiens hésitent encore à les employer ; Billroth, dans un de ses derniers

tions traino
aux réc
lesque
ou la
autre
D
la p
dar
de
ré
d
I

comptes rendus, dit même y avoir renoncé tout à fait en raison de leur peu de durée au sein des tissus.

M. Bœckel n'a jamais eu à se repentir d'avoir employé le catgut de Schaffhouse. Il faut avoir soin après l'avoir retiré de l'huile phéniquée, de l'essuyer avec un linge et de le laver dans de l'eau phéniquée à 5 0/0.

Ce que Bœckel tient surtout à prouver c'est que, loin d'offrir un désavantage, la rapidité de la dissolution du catgut est précieuse dans les ligatures des grosses artères. On sait en effet que, vers le 3e ou le 4e jour, l'artère est fermée par un caillot adhérent à la tunique interne ; dès lors pourquoi souhaiter que l'action resserrante se prolonge au delà de cette période ?

L'auteur cite à l'appui de sa manière de voir 8 observations que l'on consultera avec intérêt. L. JULLIEN.

Cinq cas de ligature de la carotide primitive (Observations recueillies à la clinique de Reyher), par Th. BORNHAUPT (*Wratsch.*, n° 24, 1880.—*Centralbl. f. Chir.*, n° 45, 1880).

1. Anévrisme du tronc trachio-céphalique ; la ligature amène une diminution de la tumeur.

2. Ostéosarcome du maxillaire supérieur, avec hémorragies profuses, la ligature n'amène aucune amélioration.

3. Cancer de l'oreille, avec hémorragies profuses et douleurs violentes. Après la ligature : cessation des hémorragies et des douleurs, nécrose de la tumeur, cicatrisation partielle, le néoplasme n'a plus qu'une marche lentement envahissante dans le tissu osseux seul ; amélioration de l'état général.

4. Hémorragie parenchymateuse pendant l'extirpation d'un sarcome oculaire.

5. Tumeur blanche cervicale, fistule au niveau du sterno-mastoïdien, devenant le siège d'une hémorragie abondante ; ligature de la carotide ; retour de l'hémorragie au bout de 4 heures, dyspnée, extravasation sanguine en arrière du pharynx (ulcération de l'artère vertébrale) issue d'un séquestre ; tamponnement ; guérison. H. TH.

Ligature de la carotide primitive gauche pour une hémorragie consécutive à l'amygdalotomie, par LIDEN (*Hygiea, avril* 1880).

Amygdalotomie pratiquée pour une hypertrophie énorme. Hémorragie peu considérable après l'opération, mais qui devint petit à petit fort abondante en dépit de tous les moyens (gargarismes d'eau glacée, glace sur le cou, cautérisation de la plaie, application de perchlorure de fer). Ce dernier agent amena l'hémostase pendant une heure. Puis l'hémorragie reparut sans jet artériel, plus forte qu'au début. Le pouls baissant, le malade étant dans un état profond d'adynamie, on lia la carotide primitive du même côté (trois heures après l'amygdalotomie). Ligature à la soie phéniquée. Aucun accident cérébral immédiat ou consécutif. Le malade n'était pas hémophile. Séjour au lit pendant 3 semaines. Guérison lente en raison de l'anémie. A. C.

Sulla legatura della safena associata alla medicatura di Lister per la cura radicale delle varici, par MASI (*Rivista clin. di Bologna, février* 1881).

L'auteur publie six observations de guérison. Le traitement de Lister pare aux dangers que faisait redouter cette opération, phlébites circons-

crites ou diffuses, érysipèle phlegmoneux, angioleucite, suppuration du thrombus, etc..... ; il réduit l'intervention chirurgicale pour la cure radicale des varices à une opération innocente et sans nulle conséquence. Ce traitement employé pour la première fois dans ces circonstances par Putti, a donné aussi de bons résultats à Raggi pour la cure du varicocèle. La guérison sera-t-elle durable ? On ne peut encore l'affirmer pour tous les cas observés ; deux malades, opérés depuis un an, ont repris leurs occupations sans voir reparaître les varices. F. BALZER.

Varici guarite coll'elettrolisi. (Guérison de varices par l'électrolyse), par DOMENICO MUCCI (*Lo Sperimentale, juillet* 1881).

Mucci circonscrit entre deux liens la veine à opérer, suivant les préceptes de Bertani, et enfonce 4 aiguilles à coudre dans la veine, à la profondeur d'un centimètre, dirigées suivant la longueur du vaisseau, et placées à environ deux centimètres l'une de l'autre. Chaque aiguille est enfilée d'un fil de cuivre très fin, long de 15 centimètres, et qui doit servir à mettre les aiguilles en communication avec les réophores de la pile ; les deux fils appartenant aux aiguilles médianes furent réunis, et ceux des aiguilles extrêmes laissés libres, en évitant tout contact entre les premières et les secondes.

La pile employée était une pile de Daniell, modifiée par Mucci, graduable en superficie, et de 2 à 24 éléments. Suivant le précepte de Ciniselli, elle pouvait fournir 5 centimètres cubes de gaz détonant en 10 minutes.

Dans deux cas de varices de la jambe, Mucci employa ce procédé ; il fit dans chaque cas une séance de 30 minutes, en changeant toutes les dix minutes le sens du courant.

Le résultat fut toujours rapide et la réaction presque nulle ; les souffrances furent très légères, et au 9e jour après l'application électrolytique, le malade put, dans les deux cas, marcher dans la salle et descendre les escaliers sans douleur. Les eschares produites par l'électropuncture se sont éliminées sans donner une goutte de pus, et le caillot veineux est devenu de plus en plus solide et résistant. Ces résultats font penser à l'auteur que l'électrolyse peut rivaliser avec les injections d'hydrate de chloral si elle ne leur est pas supérieure. L.-H. PETIT.

Radical cure of varicocele by the galvanic écraseur. (De la cure radicale du varicocèle par l'anse galvanique), par PEARCE GOULD (*The Lancet, vol. II p.* 83, 1880).

Après avoir passé en revue les divers procédés mis en usage pour la cure radicale du varicocèle et exposé leurs dangers, l'auteur préconise la section des veines avec l'anse galvanique.

Les veines ayant été saisies et soulevées entre le pouce et l'index, on traverse le scrotum en arrière du cordon variqueux avec un bistouri étroit. Le long de sa lame, on fait glisser le fil de platine que l'on ramène ensuite en avant des veines en le faisant entrer et sortir par les plaies initiales.

Cinq à six minutes suffisent pour la section. Elle peut être faite sans chloroforme; toutefois, il vaut mieux employer les anesthésiques. Il faut opérer suffisamment loin du testicule pour ne pas intéresser, même par voisinage, la vaginale. Il est bon de maintenir sur la peau des compresses froides; la lésion des téguments est toutefois sans importance.

Employé chez 8 malades, ce procédé n'a entraîné aucun accident, sauf une fois une hydrocèle aiguë. La douleur dure peu après la section. En moins de 15 jours, la guérison est complète et ne demande pour être menée à bonne fin que la position élevée du scrotum et le séjour au lit du malade. V. CAMPENON.

An account of a large dermoid cyst found in the abdomen of a man. (Kyste dermoïde abdominal chez un homme), par W. Milner ORD et C. Brodie SEWELL (*Med. chir. Transactions, vol.* LXIII, *p.* 1).

Jeune homme de 28 ans, fort, vigoureux, grand chasseur, ne se doutait pas de sa maladie, se plaignait d'un peu de gêne pour respirer. M. Sewell trouva, en l'examinant pour une autre raison, que le ventre était distendu par une poche kystique. Une ponction fut pratiquée et donna issue à environ deux pintes de liquide analogue à de la purée de pois; les dernières parties extraites avaient presque la consistance d'une pommade, on y trouva des poils, des cellules épithéliales; pas de crochets d'hydatides. Trois heures après l'opération, explosion d'une péritonite qui emporte le malade le 5e jour.

A l'autopsie, on trouve un large kyste occupant une grande partie de la cavité abdominale, avec une péritonite généralisée partie du point de la ponction. Le poids du kyste est de 14 livres et demie. Adhérences avec les organes génito-urinaires, avec quelques anses intestinales. A l'origine, ce kyste semble avoir siégé dans la cavité rétro-péritonéale. Il était intimement uni par son pédicule à la vessie et au rectum. A. C.

Die Heilung von grossen Lippenfisteln durch methodische Abtragung der Lippenunsäumung der Fistel mit dem Messer. (De la guérison des grandes ouvertures fistuleuses par l'excision méthodique des lèvres de l'ouverture fistuleuse), par KŒNIG (*Centralbl. f. Chir. n*° 33, 1880).

L'unique obstacle à la guérison des ouvertures fistuleuses consiste dans la production d'un revêtement épithélial qui vient tapisser les lèvres de cette ouverture. Aussi, pour amener l'oblitération de pareilles ouvertures, Kœnig conseille-t-il de faire l'avivement de leurs bords, puis de suivre attentivement les progrès de la cicatrisation ; la réunion se fait aux angles de la plaie, par soudure des granulations, et s'arrête dès que le revêtement épithélial se forme ; Kœnig pratique alors un nouvel avivement. Renouvelant cette opération plusieurs fois de suite, il est arrivé ainsi à amener en 6 mois l'oblitération complète d'une fistule urinaire périnéale, de deux doigts de diamètre. H. THORENS.

Ueber einen üblen Zufall nach der Gastrostomie. (D'un accident consécutif à la gastrostomie), par P. KRASKE (*Centralbl. f. Chir., n*° 4, 1881).

Volkmann pratique la gastrostomie chez un homme de 48 ans, atteint de rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Ce n'est qu'en exerçant une trac-

tion assez considérable que l'on parvient à attirer l'estomac entre les lèvres de la plaie et on le suture sans l'ouvrir. De la fièvre apparaît le lendemain et le malade meurt 32 heures après l'opération. A l'autopsie, on trouve une péritonite limitée ; la paroi externe de l'estomac et le lobe gauche du foie sont recouverts d'un exsudat brun sale, formé par le contenu de l'estomac. Ce viscère n'ayant pas été ouvert, ce contenu n'a pu passer que par les trous de suture.

En relatant ce fait, l'auteur rappelle que Schede, au cours d'une opération de gastrostomie, fit par chaque point en suture sourdre le contenu de l'estomac, ce qui le détermina à pratiquer immédiatement l'ouverture du viscère.

Ces deux observation semblent militer en faveur de l'opération en une séance. H. THORENS.

Étude sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendantes des hernies, par A.-L. BLIN (*Thèse de Paris*, 1879).

L'auteur définit sous le nom de fistules pyo-stercorales les fistules dont le point de départ est un abcès phlegmoneux de l'abdomen ouvert à la fois à l'extérieur et dans l'intestin. Elles donnent lieu à un écoulement de pus par l'anus et de matières intestinales par l'orifice interne; l'écoulement de matières intestinales succède généralement à l'écoulement purulent.

Les abcès qui y donnent le plus souvent naissance sont les abcès périnéphriques, les périthyphlites suppurées, les abcès de la fosse iliaque, enfin les abcès vermineux. Jamais le péritoine n'est primitivement atteint; les chiffres suivants donnent une idée de cette fréquence : abcès périnéphrétiques, 5 ; périthyphlites, 18; abcès de la fosse iliaque, 31 ; abcès vermineux, 18, sur 72 cas.

Le point essentiel, dans l'anatomie pathologique de ces fistules, c'est l'existence sur le trajet d'une cavité intermédiaire, sorte de réservoir constitué par le foyer purulent dans lequel séjournent plus ou moins longtemps les produits intestinaux mélangés au pus. La cavité est entourée d'adhérences qui la relient à l'intestin et préviennent l'épanchement du pus ou des matières stercorales dans le péritoine.

Neuf fois sur dix la perforation intestinale occupe le gros intestin. L'orifice interne de la fistule, comme le trajet intermédiaire auquel il fait suite, occupe par ordre de fréquence les fosses iliaques, le pli de l'aine, la région lombaire, la région ombilicale, enfin la racine de la cuisse.

Les signes prémonitoires indiquant la probabilité d'une fistule pyo-stercorale sont la présence d'un peu de sang ou de pus dans les selles, le gargouillement, l'apparition brusque et spontanée du sang ou d'un gaz à l'orifice interne de la fistule. Les deux symptômes pathognomoniques sont l'écoulement de pus avec les selles et la présence de gaz et de matières intestinales à l'orifice cutané de l'abcès.

La sortie des produits intestinaux est fréquemment intermittente.

Dans certains cas, la fistule semble se transformer en une sorte d'anus contre nature, par suite de l'issue d'une grande quantité ou de la presque totalité des matières fécales.

Les complications qu'on observe sont l'érythème, les excoriations, l'érysipèle : elles semblent dues à l'irritation par les excrétions patholo-

giques. La marche de ces fistules est très lente, et elles se terminent de la façon suivante : sur 72 cas, elles ont guéri 49 fois; il y a eu 4 fistules permanentes, 16 morts; 3 malades sont encore en observation. Les récidives sont rares. Les abcès périnéphrétiques semblent les moins graves, puisque sur 5 cas il n'y a pas eu de morts, ceux de la fosse iliaque sont plus graves, surtout ceux du côté gauche : il y a eu 10 morts sur 30 cas.

Quand les malades meurent, c'est très rarement par péritonite; le plus souvent c'est par une sorte d'épuisement, par empoisonnement septique chronique.

Les guérisons sont spontanées. Le traitement est surtout palliatif; il doit, avant tout, s'adresser à la cavité pyo-stercorale. Il faut savoir attendre et aider la cicatrisation du foyer par un traitement palliatif ou chirurgical, variable selon les cas et appliqué en temps opportun (ouverture large du foyer, détersion). Il faudra soutenir par tous les moyens possibles la constitution des malades. E. SCHWARTZ.

Fatal ulceration of the duodenum, produced through scalding by hot water used as a hœmostatic. (Amputation de la verge; hémorragie secondaire; emploi de l'eau chaude comme hémostatique; ulcération et perforation consécutives du duodénum), par GREENWOOD (*The Lancet, vol. II, p.* 298, 1881).

Au mois de février 1880, Greenwood pratiquait, pour un épithéliome du gland, l'amputation de la verge chez un homme de 40 ans.

Le procédé mis en usage n'est pas indiqué.

36 heures plus tard se produisait une hémorragie considérable que l'on chercha d'abord à modérer par la compression et des applications froides. Comme elle persistait, on eut recours au moyen préconisé par Keetley, de Bartholomew's hospital : la plaie fut arrosée avec de l'eau chaude. En très peu de temps l'hémorragie s'arrêta.

La nuit même le malade ressentit de vives douleurs dans le moignon de la verge, et, dès le lendemain, quelques points de sphacèle apparurent.

Le surlendemain la gangrène s'étendait jusqu'à la région pubienne, et tout à coup éclatait une douleur intra-abdominale violente, avec vomissements. Ces vomissements se répétèrent, coïncidant avec une constipation absolue.

Le 3e jour les mêmes accidents persistent. Le pouls est à 148, faible et misérable. La péritonite paraît évidente. On croit à un étranglement interne et l'on songeait à opérer, quand la mort survint subitement.

Autopsie : Le cœur est gros mais sain. Les poumons sont fortement congestionnés; la muqueuse bronchique présente des pétéchies. Le foie, la rate, les reins sont gorgés de sang. La cavité péritonéale renferme un liquide louche. Dans le tissu sous-péritonéal existe, au voisinage de la tête du pancréas et au contact du duodénum, une large infiltration sanguine. Dans le duodénum on rencontre une ulcération ovale (2 c. de long sur 1 c. de large), à bords à pic, siégeant à 2 c. du pylore; elle intéresse toute l'épaisseur de l'intestin et l'artère pancréatico-duodénale; son fond est formé par le tissu pancréatique. Il ne paraît pas y avoir de communication avec la cavité péritonéale.

L'auteur pense que cette ulcération est due à un réflexe parti de la plaie, sous l'influence de l'application de l'eau chaude. Le malade n'avait

jamais, en effet, présenté aucun trouble permettant de soupçonner une lésion intestinale antérieure. V. CAMPENON.

I. — Ruptured hœmatocele of the tunica vaginalis ; incision ; castration ; recovery. (Rupture d'une hématocèle vaginale, infiltration sanguine du scrotum, incision, castration), par Clément LUCAS (*The Lancet, vol. II, p.* 299, 1880).

II. — Encysted hœmatocele, incision, recovery. (Hydrocèle enkystée, hématocèle consécutive. Incision. Guérison), par KNIPE (*The Lancet, vol. II, p.* 300, 1880).

I. — Sans cause appréciable, un homme de 63 ans ressentit tout à coup une douleur vive dans le scrotum qui devint le siège d'un gonflement rapidement progressif. Deux jours après, le malade entrait à l'hôpital.

Il résulte des renseignements assez vagues qu'il fournit que depuis quelque temps déjà le côté droit des bourses était un peu plus gros que le gauche. Au moment de l'entrée le scrotum a le volume d'une tête d'adulte, il est tendu, de teinte noir violacé. La gangrène paraît, sinon constituée, du moins très prochaine, à moins d'intervention.

Une longue incision divise le scrotum dans toute sa hauteur. Toutes les couches sont infiltrées d'une grande quantité de sang; la vaginale est pleine de sang en partie récent, en partie ancien ; ses parois, profondément épaissies, sont athéromateuses par places. Ayant vainement tenté la décortication, on se décide à pratiquer la castration. La guérison ne fut entravée par aucune complication.

Il est évident pour l'auteur qu'il existait depuis plus ou moins longtemps une hématocèle vaginale qui, sous l'influence probable d'un traumatisme, devint le siège d'une poussée hémorragique avec rupture soit immédiate, soit consécutive de la poche.

II. — Un homme de 32 ans présente d'une tumeur du côté droit du scrotum. Cette tumeur est de date déjà ancienne ; son début remonte à plusieurs années ; il y a quelques mois elle a été ponctionnée et il est sorti du liquide séreux. Actuellement elle est piriforme, nettement fluctuante, mais non transparente. Elle siège immédiatement au-dessus du testicule que l'on sent distinctement au-dessous d'elle.

Après une ponction exploratrice donnant issue à un sang noirâtre, on incise largement la poche qui est un kyste indépendant du testicule et de la vaginale ; ses parois sont épaisses de plus d'un centimètre ; son contenu est formé de sang et de caillots déjà anciens. Pansement à plat, antiseptique. Guérison.

V. CAMPENON.

Contribution à l'étude de l'hématocèle du testicule, par TERRILLON et MONOD (*Bullelin de la Société de chirurgie, p.* 261, 1881).

L'hématocèle testiculaire est une maladie qu'on observe rarement; il faut, en effet, pour qu'elle se produise, certaines conditions qui ne sont pas fréquemment réunies.

Grâce à sa mobilité, la glande fuit devant les corps qui peuvent l'atteindre ; et ce fait est si vrai que Kocher a vainement essayé, au moyen d'un marteau de bois, de produire une hématocèle testiculaire en frappant sur le scrotum d'un chien. Terrillon y est parvenu seulement après avoir exactement fixé l'organe, condition qui, dans la pratique, est à peu près irréalisable.

D'autre part, la rupture constante de l'albuginée, condition *sine quâ*

non de la formation du foyer sanguin -intratesticulaire, ainsi que le haut degré de résistance de cette membrane, puisqu'il faut, pour la faire céder, déployer une force de 50 kilogrammes, montre le rôle protecteur, très efficace qu'elle joue vis-à-vis de la glande sous-jacente.

Dans 3 cas de contusion testiculaire, T. Anger et Poncet ont été frappés de l'atrophie extrêmement rapide de la glande et de l'épididyme.

L. JULLIEN.

Hématocèle pariétale du scrotum avec épanchement, hématome autour d'une hydrocèle, par DESPRÈS (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 341, 1881).

On connaît une hématocèle pariétale consécutive à un coup reçu sur les bourses, à un traumatisme; on connaissait même, à l'époque où Jamain a fait une thèse sur l'hématocèle du scrotum, une hématocèle due à la rupture d'un varicocèle; il y est dit aussi, tout à fait incidemment, que l'hématocèle peut compliquer une hydrocèle, mais il n'y a pas d'autres détails.

Les deux observations recueillies par Desprès montrent d'abord que c'est dans un scrotum où il y avait une hydrocèle qu'est survenue une hématocèle, une fois à la suite d'un coup, une fois à la suite de grandes marches. L'auteur pense que la lésion a son siège dans une veine de la cloison du dartos. En effet, lorsqu'on examine le scrotum, on remarque que les gros troncs veineux siègent de chaque côté de la cloison. La rupture se fait entre cette cloison et la tunique vaginale, et, par conséquent, au-dessous du dartos; aussi, dans ces deux observations, la tumeur siégeait-elle entre l'hydrocèle vaginale et la cloison du dartos ; chez le premier malade, on sentait, en dedans de l'hydrocèle, une sorte de plateau induré; chez le second, il existait 2 tumeurs fluctuantes contiguës, mais la fluctuation ne se transmettait pas de l'une à l'autre.

Il faut noter deux particularités importantes : le liquide des hydrocèles était coloré par du sang. Était-ce le fait de la contusion ou d'une endosmose? La seconde, c'est que sous l'influence de la réaction opérée par la teinture d'iode employée à la guérison de l'hydrocèle, la poche sanguine aurait pu suppurer, ce qui obligea le chirurgien à temporiser jusqu'à résorption avérée du sang épanché. L. JULLIEN.

De l'entorse des ankyloses, par Victor CAMPENON (*Thèse Paris n°* 192, 1879).

« L'ankylose est un état pathologique permanent des articulations mobiles, qui succède à une maladie articulaire guérie, diminue mécanique-l'étendue des mouvements naturels ou les abolit complètement. »

Dans certains cas on peut observer une intégrité absolue des surfaces articulaires, mais le plus souvent celles-ci sont altérées, dépolies et déformées. Il y a des déformations par usure, par résorption, par disparition de certaines cavités qui peuvent se combler, par déplacement des parties, c'est ce qui arrive dans les fractures intra-articulaires. Enfin il peut y avoir effacement absolu de l'articulation par fusion directe des surfaces osseuses, ou soudure par l'intermédiaire d'une couche fibreuse.

L'auteur insiste sur cette dernière variété et rapporte deux observations inédites ; dans l'une due à Duret et Duplay, le cal fibreux maintient les os dans un rapport immuable et semble n'être que le premier degré d'une fusion osseuse ultérieure. Dans la seconde au contraire le cal est lâche, l'article jouit de mouvements assez étendus ; il y a en un mot ankylose incomplète ; les faibles mouvements dont jouit l'article ne s'accomplissent pas aux dépens de l'élongation et de l'élasticité du tissu interposé, mais par le tassement et presque l'écrasement d'une partie du ménisque intermédiaire. Au lieu d'un cal complet on peut observer entre les surfaces articulaires un certain nombre de tractus tantôt isolés, tantôt réunis par groupes. Il existe une sorte de cloisonnement de la cavité articulaire, le plus souvent périphérique ; ces brides peuvent avoir pour point d'implantation le centre de l'article ; viennent-elles à se rompre sous l'influence d'une violence accidentelle, la guérion peut être immédiate et complète. Il y a peut-être là l'explication de bien des guérisons merveilleuses.

L'auteur s'est efforcé au moyen de violences plus ou moins considérables, de produire les différents degrés de l'entorse sur les ankyloses que le hasard des dissections lui fournissait.

Si nous cherchons, dit-il en terminant, à interpréter ces expériences diverses, nous constatons que les lésions sont en somme les mêmes que pour l'entorse d'une articulation saine, déchirure de la synoviale ; élongation et rupture soit partielle, soit totale des ligaments ; tiraillements et tassement du tissu péri-articulaire qui dans le cas présent, pourra se rompre, s'écraser parce qu'il a perdu toute élasticité, seulement nous trouvons à noter de plus la rupture de brides interosseuses. Dans le cas où ces brides seraient le seul obstacle au mouvement on comprend qu'une entorse puisse être un agent de guérison immédiate mais dans ce cas seulement.

La clinique nous apprend qu'une ankylose est d'autant moins exposée aux entorses qu'elle est plus serrée ; une ankylose, complète ou à peu près complète, est généralement en effet la conséquence de lésions complexes et solides ; il se passe ici ce qui arrive pour l'articulation sacro-iliaque, pour les articulations des rachis ; l'os a plus de tendance à se rompre que la substance unissante ; aussi les fractures du voisinage sont-elles fréquentes. La cause de l'entorse est en général fournie par un traumatisme venu de l'extérieur, c'est un faux pas, une chute, un choc plus ou moins violent, parfois cependant on a noté une contraction musculaire exagérée. Ainsi un artilleur dont le genou s'était ankylosé à la suite d'un rhumatisme général, et qui était obligé pour marcher d'appuyer le genou sur une jambe de bois fut soudain guéri après 32 ans de cette infirmité par une entorse qui se produisit pendant des efforts de vomissements. Quant aux symptômes, la douleur est de règle absolue et ne manque jamais s'il n'existe aucun rapport absolu entre l'acuité de la douleur et l'intensité du traumatisme. En même temps le blessé perçoit habituellement une sensation de déchirure, des craquements quelquefois légers, mais assez considérables parfois pour lui faire croire que l'os est rompu. L'ecchymose est loin d'être constante ; pour qu'elle se produise il faut des déchirures étendues. L'apparition de mouvements anormaux, ou mieux la diminution de l'immobilité n'est pas la conséquence

nécessaire de l'entorse, mais c'est un symptôme fréquent et qu'il faut rechercher.

L'entorse peut laisser une ankylose dans l'état où elle l'a surprise, elle peut être une cause d'aggravation bien au contraire, constituer un mode accidentel de guérison; elle peut enfin devenir le point de départ d'accidents graves qui pourront conduire à la perte du membre et peut-être à la mort. Toutes les fois qu'il y a arthrite le pronostic est plus redoutable, sur douze cas de ce genre observés par l'auteur, aucun ne s'est terminé par un retour *ad integrum*.

Le traitement doit s'adresser au fait actuel et doit prévoir l'avenir. Les indications présentes seront remplies par le repos, soit simple, soit aidé des antiphlogistiques si l'on est en face d'une arthrite menaçante. Quant à l'avenir on l'assurera, si l'ankylose est de nature traumatique et rhumatismale, par le mouvement méthodique et gradué; par l'immobilité absolue et complète, au contraire, s'il s'agit d'une tumeur blanche, car c'est alors surtout qu'il faut craindre de voir éclater des arthrites, dont on ne triomphe qu'avec les plus grandes difficultés, heureux encore si l'on peut s'en rendre maitre. L. J.

OPHTALMOLOGIE.

Thesen und Hypothesen zur Licht-und-Farbenempfindung (Propositions et hypothèses relativement aux sensations de lumière et des couleurs) par Fr. BOLL (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Phys. Abth.*, *p.* 1, 1881).

Ce mémoire est une œuvre posthume de Fr. Boll trouvée dans ses papiers. Il est précédé d'une lettre d'Helmholtz relatant les traits principaux d'une conversation dans laquelle, avant de mourir, Boll lui avait confié ses projets, ses résultats et ses espérances physiologiques. Boll espérait rapporter les trois sensations fondamentales de couleur aux trois couches impressionnables qu'il avait reconnues dans la rétine. Il voulait savoir d'Helmholtz si celui-ci ne considérait pas l'existence des trois systèmes de terminaisons nerveuses indépendantes comme incompatibles avec le fait qu'il y a un nombre relativement très faible de filets nerveux distincts dans le tronc du nerf optique. Cette difficulté disparaît, si l'on admet, comme Helmholtz l'a fait à propos du sens du toucher, que les fibres nerveuses de chaque système forment un réseau anastomotique qui n'est mis en relation avec les centres que par un petit nombre de fibres. L'excitation du point terminal se disperse dans tout le réseau et gagne le centre nerveux par les différentes voies qui relient celui-ci au réseau, les voies centripètes les plus voisines du point excité conduisant une impression plus forte, les plus éloignées une impression

plus faible. C'est par des combinaisons de ce genre que s'obtiendrait la localisation de l'impression.

Boll se préoccupait, en second lieu, de savoir comment les trois sensations fondamentales devaient être distribuées dans les trois couches sensibles. Il partait de cet axiome que la lumière qui agit sur un élément est celle qui est absorbée par lui et qui, conséquemment, le colore. Ayant constaté que l'élément cylindrique extérieur du bâtonnet absorbait le vert, il le considère comme destiné à la sensation du vert. Les mouvements des noyaux pigmentaires sont également affectés par le blanc et le bleu : Boll leur attribuait un rôle dans la sensation du violet. Les cônes seraient affectés au rouge. Il semblerait alors que la sensation du vert devrait manquer dans la macula lutea. Mais Boll répondait à cela qu'il était vraisemblable que les éléments de la macula lutea, malgré leur égalité apparente, correspondaient aux deux espèces des bâtonnets et des cônes. Helmholtz fit à ces vues une objection plus grave tirée des phénomènes de dispersion lumineuse dans les milieux réfringents. Le pourpre rétinien se laisse parfaitement traverser par les rayons rouges, et il faudrait chercher au delà de la couche colorée en rouge des éléments impressionnés par ces rayons. D'ailleurs, d'après la constitution des milieux de l'œil, le foyer des rayons rouges est le plus en arrière, celui des rayons bleus le plus antérieur. Il est vrai que la puissance photochimique considérable des rayons violets pourrait permettre au petit nombre de rayons qui auraient traversé le pourpre rétinien d'exercer une action efficace sur les prolongements des cellules pigmentaires.

Voici les propositions que Boll établit relativement aux éléments visuels et à leurs propriétés :

1. La surface impressionnable de la rétine est composée de points indépendants, isolément impressionnables, les éléments visuels.

2. Chaque élément visuel possède deux propriétés physiologiques : la propriété d'être impressionnable à la lumière et à la couleur, et la propriété de localiser d'une certaine manière l'impression.

3. Tous les éléments visuels sont comparables, quant à leur impressionnabilité à la lumière et à la couleur, et distincts par leur « signe local ».

4. Le nombre des éléments visuels d'une rétine est égal au nombre des filets nerveux du nerf optique.

5. Les éléments visuels ne peuvent être identifiés ni avec les bâtonnets seuls, ni avec les cônes seuls, ni avec l'ensemble des bâtonnets et des cônes.

Il faut joindre à ces éléments la couche épithéliale pigmentaire. Ces trois espèces d'éléments, bâtonnets, cônes, épithélium pigmentaire sont distribués d'après un principe de structure tout à fait déterminé.

Boll étudie les propriétés anatomiques et physiologiques de ces trois espèces d'éléments, en réunissant aux faits déjà connus ceux qui résultent de ses propres recherches et de celles de son élève Angelucci. Cet ensemble de faits et de considérations n'étant guère de nature à être résumé, nous devons renvoyer le lecteur au mémoire original.

DASTRE.

Sur la quantité de lumière nécessaire pour percevoir la couleur d'objets de différentes surfaces. Note de Aug. CHARPENTIER (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 10 *janv.* 1881).

Tandis que pour la sensation de lumière, il y a proportionnalité inverse entre l'éclairement minimum et la surface rétinienne excitée, au contraire la sensibilté chromatique est indépendante de la surface excitée (pour les surfaces inférieures à 0,088); chose remarquable, la perception du bleu exige une quantité de lumière bien plus considérable que celle des autres couleurs, ce qui doit être rapproché du fait antérieurement signalé par l'auteur, à savoir que, pour le point de fixation, la distinction du bleu est notablement inférieure à ce qu'elle est sur les bords de la tache jaune, fait qui peut sans doute s'expliquer par la présence du pigment jaune brunâtre existant dans la tache jaune, pigment qui intercepterait en grande quantité les rayons lumineux les plus réfrangibles. M. DUVAL.

Des manifestations oculaires diathésiques, scrofulose, tuberculose, rhumatisme, syphilis, par L. DE WECKER (*Annales d'oculistique, janvier-février, p.* 37, 1881).

D'après l'auteur, dans toutes les maladies externes de l'œil d'origine scrofuleuse, blépharite, conjonctivite ou kératite, trois indications thérapeutiques essentielles sont à remplir :

a) Éliminer et neutraliser dans leurs effets nuisibles tous les produits décomposés des ophtalmies scrofuleuses. Les pansements antiseptiques en particulier, les solutions concentrées d'acide borique doivent jouer un rôle capital.

b) Donner des soins hygiéniques particuliers aux téguments, autrement dit tonifier l'enveloppe du sujet scrofuleux.

L'hydrothérapie, la balnéothérapie, le massage, les soins de propreté et le séjour dans un air ou un climat approprié ont une influence essentielle.

Combiner ce traitement avec les fortifiants tels que les préparations arsenicales et ferrugineuses, etc.

M. de Wecker insiste sur la nécessité du traitement local et il pense qu'il ne faut pas perdre un temps précieux en voulant, par un simple traitement interne, agir sur les ophtalmies scrofuleuses.

Il considère avec la plupart des auteurs, les tubercules choroïdiens de l'iris comme très rares. Il recommande l'énucléation, chaque fois que l'état général de santé autorise à admettre qu'il peut s'agir d'un premier début de tuberculose localisée dans l'œil. On devra au contraire rigoureusement s'abstenir de toute intervention, si l'exploration du poumon et l'état général indiquent qu'il ne s'agit pour l'affection oculaire que d'une manifestation d'une diathèse généralisée.

Contre les manifestations oculaires du rhumatisme, iritis, épiscléritis, irido-choroïdite séreuse, de Wecker recommande les injections de pilocarpine combinées à l'usage du salicylate de soude.

D'après cet auteur la syphilis oculaire se rencontre de préférence entre 40 et 50 ans. Plus l'individu et la syphilis sont jeunes, moins la

manifestation oculaire revêt anatomiquement le véritable caractère de la spécificité; plus au contraire la syphilis a vieilli et pris pied sur un individu d'un certain âge, plus aussi le type anatomique, la gomme, prévaut dans les produits morbides. Chez les individus âgés la tendance désorganisatrice est bien plus marquée que chez les jeunes gens, l'iritis se complique rapidement de chorio-rétinite avec altération scléromateuse des vaisseaux, dégénérescence pigmentaire de la rétine avec propagation aux centres nerveux et symptômes cérébraux. La règle à suivre, d'après Wecker, dans le traitement de la syphilis oculaire, peut se résumer par ces trois mots : promptitude, énergie, persévérance. Le traitement mercuriel doit être combiné à l'iodure de potassium, dans les cas graves, les frictions mercurielles avec lavement de 2 à 4 grammes d'iodure de potassium.

Le traitement général anti-syphilitique doit être continué dans certains cas pendant plusieurs années. P. REDARD.

De l'influence de la goutte sur les affections et les opérations de l'œil, par F. GAUTÉ (*Thèse de Paris, p.* 111, 1881).

Sous l'influence de la goutte, les paupières peuvent devenir le siège de tophus, d'un gonflement spécial apparaissant et disparaissant très rapidement.

La conjonctive peut être atteinte de plusieurs façons : on y observe des dépôts d'urate de soude. La conjonctivite aiguë peut être un des prodromes de la goutte. Souvent ce sont des conjonctivites rebelles qui se lient à ce même état constitutionnel.

Sur la cornée on observe soit des leucomes de nature calcaire, soit des kératites ponctuées se rattachant également à la goutte.

On voit souvent une sclérite ou une périsclérite avec kératite goutteuse. Des dépôts tophacés peuvent aussi se faire dans la sclérotique.

Le glaucome hémorragique est fréquent dans la goutte. L'iritis, la cataracte, les corps flottants du corps vitré, les apoplexies rétiniennes sont souvent des manifestations goutteuses.

La goutte paraît pouvoir produire des troubles des fonctions musculaires consistant tantôt en paralysies de la troisième et de la sixième paire tantôt simplement en de la mydriase.

Le traitement doit consister à rappeler la fluxion goutteuse vers les pieds et agir d'une façon générale. P. REDARD.

On some points in regard to color blinden (De quelques points relatifs à la dyschromatopsie), par U.-M. BANNISTER (*The journal of nervous and mental diseases, janvier* 1881).

L'hypothèse de Young-Helmholtz, la théorie de Hering ne suffisent pas à Bannister. Il exprime une opinion beaucoup plus générale dont la comparaison ci-dessous donnera une juste idée. Le mécanisme de la vision, dit-il, est une sorte de télégraphe physiologique; la rétine est l'appareil de transmission, le manipulateur, le nerf optique est le fil conducteur, le cerveau est le récepteur. La dépêche peut être arrêtée en un point quelconque de la route, la rétine peut être un mauvais instrument, les fibres conducteurs peuvent être hors de service, enfin le cerveau

lui-même peut être défectueux ; la réception de la sensation par le centre nerveux peut être retardée ou empêchée.

Bannister rapporte avec détails sa propre observation dont il tire les conclusions suivantes :

La dyschromatopsie, lorsqu'elle est partielle et incomplète, est, dans certains cas au moins, le résultat d'un trouble fonctionnel de la partie de l'écorce cérébrale qui préside au sens de la vue. Parfois il s'agit d'un simple retard dans la perception de certaines couleurs, et ce défaut peut être compensé par de l'attention et quelque effort cérébral.

Comme cette forme de dyschromatopsie est de nature purement cérébrale, et qu'un effort peut en avoir plus ou moins raison, l'exercice et l'éducation peuvent au moins l'améliorer sinon les guérir complètement, puisqu'il est de règle que toutes les facultés cérébrales peuvent se perfectionner par l'exercice. Cette considération diminue l'importance pratique de cette altération de la vue.

La méthode de Holmgren révèle de très légères altérations du sens des couleurs, mais elle les augmente et ne tient aucun compte de l'élément cérébral. Il faut donc, pour ne pas être injuste envers le sujet examiné, suppléer à ce défaut par d'autres méthodes dans tous les cas où la dyschromatopsie n'est que partielle. A. CHEVALLEREAU.

Héméralopie et torpeur rétinienne, deux formes opposées de daltonisme, note de J. MACÉ et W. NICATI (*Académie des sciences*, 13 *juillet* 1881).

On a plus d'une fois signalé l'héméralopie comme symptôme de certaines maladies du foie : sa coïncidence régulière avec l'ictère vient à l'appui de la théorie que l'héméralopie est le fait d'un daltonisme pour le bleu. En effet, le pigment biliaire jaune, dissous dans le milieu de l'œil, intercepte en partie les rayons bleus ; et d'autre part, dans les cas d'héméralopie idiopathique, on constate un véritable daltonisme bleu. L'explication se trouve dans ce fait bien connu de la propriété particulière aux éléments percepteurs du bleu d'être relativement plus sensibles aux impressions faibles : le soir, à la nuit, il n'y a que ces éléments d'impressionnés, c'est pourquoi un paysage nocturne paraît éclairé de bleu. Or l'héméralopie est ainsi un symptôme extraordinairement sensible du défaut de transmission du bleu ; il signale le mal, alors qu'aucune confusion ne gêne celui qui en est atteint. Quant à ce qu'on a appelé la *torpeur rétinienne*, elle a pour cause un véritable daltonisme pour le rouge : héméralopie et torpeur rétinienne sont donc deux formes opposées de daltonisme. M. DUVAL.

I. — Notischen und Statistischen Beitrag zur Aetiologie des Strabismus convergens (Recherches statistiques sur l'étiologie du strabisme convergent), par SEGGEL (*Klin. Monats. für Augenheilk.*, *nov.* 1880).

II. — Zur Lehre von der Operation des latenten Divergentschielens (Contribution à l'étude de l'opération du strabisme divergent latent), par W. DOBROWOLSKY (*Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, février* 1881).

L'auteur rapporte dans son travail cinq observations desquelles il tire ces conclusions :

La faiblesse de l'adduction n'est pas la seule cause du strabisme convergent intermittent ; il cite comme preuve de ce fait deux observations dans lesquelles il y avait prééminence du droit externe et dans lesquelles cependant l'adduction se faisait très bien. Une insuffisance prononcée du droit interne peut cependant empêcher le strabisme convergent dans la vision rapprochée. Dans ce cas une convergence forcée entraîne nécessairement une accommodation trop forte. Toutefois, lorsqu'il existe une faiblesse absolue de l'adduction, la vision se trouve dans des conditions très défavorables. Lorsqu'il existe une insuffisance relative du droit externe, il peut exister un strabisme intermittent par faiblesse absolue de l'adduction. Cette insuffisance favorise la production du strabisme convergent lorsqu'il n'existe pas en même temps une faiblesse absolue de l'adduction, mais cette combinaison est rare.

Dans ce cas on ne trouve jamais de strabisme permanent, au contraire, ces intermittences se manifestent dans la période de développement du strabisme chez les enfants ; chez ces derniers, la convergence s'établit d'une façon graduelle et régulière sans que la distance des objets ait aucune influence.

II. — Alb. de Græfe a le premier fixé les règles, aujourd'hui classiques, qui servent de guide dans l'opération du strabisme divergent. C'est qu'un effet trop considérable de l'opération doit être corrigé par l'application d'une suture, tandis qu'on peut augmenter l'effet quand il est insuffisant. On est souvent forcé de changer les points de suture pour atténuer ou augmenter l'effet obtenu ; on est alors obligé de détruire les adhérences commençantes de la conjonctive avec les parties sous-jacentes.

Malheureusement beaucoup de malades, intimidés par une première opération, refusent d'en subir une seconde et perdent ainsi tout le bénéfice sur lequel on pouvait d'abord compter. Le procédé de Græfe n'est pas applicable chez les malades pusillanimes qui se refusent même à laisser enlever leurs sutures et préfèrent attendre qu'elles soient entraînées par la suppuration. Dobrowolsky propose donc un procédé qui lui a donné des résultats remarquables.

La première chose que l'on doit viser, c'est de ne pas produire un effet trop considérable et un strabisme convergent. On y arrive facilement en n'appliquant pas de sutures. En second lieu, il faut essayer de renforcer les muscles droits internes aux dépens des muscles droits externes afin que la convergence puisse s'exercer longtemps, même pour des objets rapprochés. Il faut pour cela établir l'équilibre entre l'insuffisance des muscles et la tendance à la divergence qui se montre deux ou trois semaines après l'opération. On cherche à augmenter la tonicité des membres adducteurs, et dans ce but on fait suivre aux malades des exercices en les faisant lire après l'opération à une distance de 15 à 18 centimètres et en notant soigneusement chaque jour les résultats obtenus. Le malade lit ainsi chaque jour, pendant un temps qui varie selon les résultats obtenus, jusqu'à ce que la divergence devienne égale à zéro

A. CHEVALLEREAU.

Ueber Schneeblindheit (De la cécité causée par la neige), par SCHIESS-GEMUSEUS (*Archiv für Ophthalmologie* 1879, *et Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n*° 5, *p.* 142, *n*° 6, *p.* 180 *et n*° 7, *p.* 215, 1er *et* 15 *mars et* 1er *avril* 1880).

Il ne s'agit pas ici de ces amauroses épidémiques atteignant par exemple des troupes en marche sur la neige, faits qui semblent devoir être rapportés à l'héméralopie et à une torpeur rétinienne.

Les deux malades de Schiess-Gemuseus ont été, comme l'on dit, dans les Alpes suisses, aveuglés par la réverbération des neiges. Mais, en réalité, au lieu d'une cécité vraie ou d'une héméralopie, on a affaire à un mélange de blépharospasme et de conjonctivite. Le spasme palpébral est sous la dépendance de l'hyperesthésie rétinienne causée par la lumière éblouissante. La conjonctivite tient, partie aux effets desséchants de l'air raréfié des hautes altitudes, partie aussi à la réflexion des rayons solaires par la surface de neige éclairée. Enfin, il est possible qu'il faille aussi tenir compte de l'action des rayons chimiques.

A un plus faible degré, les mêmes facteurs occasionnent des troubles visuels analogues en hiver parmi les habitants des vallées.

D'après Schiess-Gemuseus, le meilleur prophylactique de ces accidents de montagnes consiste à porter des lunettes à coquilles de verre bleu ou enfumé et un masque de crêpe ou de toile. J. B.

Quelques cas de perte immédiate et unilatérale de la vue à la suite des traumatismes du crâne et de la face, par CHAUVEL (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 542, 1881).

Le but de cette communication, dans laquelle l'auteur rapporte et commente 7 observations, est d'appeler l'attention sur des faits bien connus, mais insuffisamment compris. Quelle est la pathogénie de ces cécités après un traumatisme du crâne ou de la face sans lésion directe de l'organe visuel et des parois osseuses de l'orbite? On lira avec intérêt les faits relatés, qui prouvent bien quelle peut être la diversité des causes à invoquer en pareil cas. Donc, tantôt l'ophtalmoscope permet de constater une rétinite fibreuse, une chorio-rétinite chronique avec formation d'un exsudat plastique à la face interne de la rétine, tantôt il s'agit d'une choroïdite atrophique avec dépôts pigmentaires disséminés; dans presque tous les cas, c'est l'atrophie papillaire qui domine la scène. Les fractures du canal optique avec déchirure de la gaine fibreuse du nerf et rupture des vaisseaux qui l'accompagnent jouent dans la production de ces atrophies le rôle le plus important. Il est à désirer que dans les autopsies, cette fracture soit recherchée avec soin en enlevant la dure-mère. L. JULLIEN.

A rare occurence following an injury to the outer side of the orbit (Complication rare d'une plaie de la région externe de la paupière supérieure), par E. WALKER (*The lancet, vol. II, p.* 717, 1880).

Une enfant de trois ans et demi fit une chute, et sa tête vint briser un carreau. A travers une plaie de 6 millimètres environ, siégeant à la partie su-

périeure et externe de la paupière supérieure, fait hernie une petite masse piriforme, d'aspect lobulé, de couleur jaunâtre. Il existe un peu de chute de la paupière, mais le globe est sain. Walker pense que la partie herniée n'était autre que la glande lacrymale tout entière, le pédicule étant formé par les canaux excréteurs. Il tenta la réduction immédiate, mais ne put l'obtenir. Comme il voyait la petite blessée dans un poste de secours, il se contenta d'appliquer un pansement quelconque. Il pense qu'il y avait lieu de débrider la plaie, et si l'on échouait à réduire malgré ce débridement, à faire l'excision de la glande.

La petite malade fut envoyée à l'hôpital, et l'on ne connaît pas la suite de l'observation. V. CAMPENON.

Sur un cas d'épithélioma de l'angle interne de l'œil gauche, traité par MEYER et de l'application d'une greffe dermique, par Charles MONOD (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 647, 1881).

Sur une observation très courte de M. Meyer, M. Monod a fait un rapport extrêmement intéressant.

M. Meyer, ayant enlevé un cancroïde de l'angle interne de l'œil, appliqua sur la perte de substance saignante un large lambeau de peau enlevé à l'avant-bras de la malade et complètement détaché de son lieu d'emprunt. C'est là ce que M. Monod appelle une *anaplastie par greffe autoplastique*, se réservant de l'appeler *hétéroplastique* au cas où le lambeau cutané serait fourni par un autre sujet.

A l'étranger, cette méthode porte le nom de Wolfe, qui fit paraître un mémoire sur cette question en 1875. C'est là une erreur historique.

Dès 1870, le professeur Le Fort aurait fait une tentative semblable pour guérir un ectropion. Un premier insuccès ne le découragea pas et, le 3 avril 1872, il fit une seconde opération qui réussit parfaitement.

Puis vinrent les deux faits de Sichel, inspirés de la pratique de de Wecker, qui avait, dès cette époque, préconisé la greffe en mosaïque, puis celui de Illing, chef de clinique de Stellwag von Carion, de Vienne.

A partir du travail de Wolfe, les faits se multiplièrent d'année en année, et le zélé rapporteur a pu en recueillir 40, dans lesquels on compte 24 succès, 13 insuccès et 3 résultats inconnus.

La greffe a toujours été prise sur l'homme ; le lieu d'emprunt est, soit la face postérieure ou antérieure de l'avant-bras, soit la face interne du bras. Il est inutile, comme Le Fort l'a fait une fois, de congestionner artificiellement la peau par un sinapisme. Le lambeau doit être dépouillé de tout le tissu cellulo-graisseux qui le double. On a renoncé aujourd'hui à morceler le lambeau, de même qu'à le suturer. Une mince lame de baudruche gommée paraît bien suffisante et préférable pour en déterminer l'adhérence.

Une rondelle de lin trempée dans une solution d'acide borique, ou un linge fin enduit d'un corps gras permettant son renouvellement facile, sera appliquée par-dessus la baudruche. Une couche d'ouate désinfectée et une bande de flanelle complètent le pansement. On fera en sorte de retarder le pansement jusqu'au 4e jour.

La méthode de *blépharhétéroplastie* paraît devoir se généraliser beaucoup ; l'observation remarquable de M. Meyer y aura singulièrement contribué. L. JULLIEN.

A contribution to the pathology of orbital tumours, par STEDMAN BULL (*The New York med. Journ., mars* 1881).

Bull relate trois observations de sarcome récidivé de l'orbite, avec envahissement du périoste et des os, et cherche à démontrer que les cas de ce genre ne se prêtent pas à une intervention chirurgicale. Dès que le tissu cellulaire de l'orbite ou le périoste orbitaire est envahi, il devient à peu près impossible d'extirper la totalité du néoplasme, et tout amas d'infiltration cellulaire, si petit qu'il soit, devient le point de départ d'un nouveau noyau à développement plus rapide. Après chaque opération, la récidive est plus prompte et la tumeur montre une tendance plus grande à se changer de sarcome en myxosarcome. Quand une fois les os de l'orbite sont envahis, on devrait s'abstenir de toute opération nouvelle. Les os minces de la face et de la base du crâne, l'ethmoïde et le sphénoïde surtout se laissent infiltrer et désagréger rapidement par la multiplication des myéloplaxes, et la légère amélioration temporaire que peut procurer une opération est plus que compensée par la gravité des dangers immédiats, l'intensité de la réaction fébrile et la rapidité de la récidive.

H. BARTH.

Caso di enfisema palpebrale istantaneo (Cas d'emphysème palpébral instantané) par RAGGI (*Rivista clin. di Bologna, avril* 1880).

Certo G..., âgé de 20 ans, entré comme épileptique à l'asile de Bologne, venait d'avoir plusieurs attaques, lorsqu'il s'aperçut après s'être mouché, d'un gonflement subit des deux paupières de l'œil droit qu'il était dans l'impossibilité d'ouvrir. Il est à noter que le malade n'avait pas fait de chute les jours précédents, que les fosses nasales et les voies lacrymales étaient aussi parfaitement saines. On reconnut qu'il s'agissait d'un emphysème des paupières. On recommanda au malade de cesser de se moucher pendant quelques jours; toute trace de l'accident avait disparu au bout de cinq jours. L'auteur pense que cet accident peut être attribué à la pénétration de l'air dans le canal nasal et dans le sac lacrymal, et à la rupture de ce dernier au moment où le malade soufflait avec force.

F. BALLER.

Eine neue Operation für Entropion nach Trichiasis (Nouvelle opération pour l'entropion, suite de trichiasis), par F.-C. HOTZ (de Chicago) (*Archiv für Augenheilkunde, IX, et Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 11,* 1880).

Hotz a été conduit à ce procédé opératoire par son opinion, contraire aux idées les plus courantes, sur la genèse de l'entropion. Pour lui, il est exceptionnel que cette affection tienne à une altération de courbure du cartilage tarse; le plus souvent, le renversement en dedans du bord palpébral est dû à un affaissement de la peau et de la couche musculaire.

Il résulte de cette façon de voir que l'opération doit avoir pour principal but de relever la peau et la couche musculaire abaissées, de tendre la peau de la paupière vers le bord supérieur du cartilage et de l'y fixer solidement.

Ce résultat s'obtient ainsi : Le long du bord supérieur ou inférieur du tarse, qui est facilement reconnaissable à l'existence d'un pli cutané, on incise les téguments d'un angle palpébral à l'autre ; cette incision devient aussitôt béante, en formant un ovale transversal. Puis, en suivant exactement la lèvre inférieure de l'incision, on excise une bandelette de 3 millimètres aux dépens de la portion palpébrale de l'orbiculaire. On suture ensuite cette plaie avec 4 points ne comprenant que la peau, en haut et en bas, tandis que, profondément, ils intéressent de plus une épaisseur de 3 millimètres du fascia et de l'aponévrose, contre lesquels on serre enfin les lèvres de la peau, en nouant les sutures.

Pendant les 24 premières heures, on applique un bandage. Les sutures sont généralement enlevées le 3e jour.

Hotz a exécuté 46 fois cette opération, toujours avec un succès complet, aussi bien pour la paupière supérieure que pour l'inférieure.

(*R. S. M.*, II, 405 et 946 ; III, 758 ; IV, 666 et 671 ; V, 291 ; VII, 293 et 294 ; XI, 266 ; XII, 659 et XV, 288.) J. B.

Seltene Verirrung eines Spulwurms (Lombric égaré dans les voies lacrymales chez un enfant), par HAFFNER (de Bischofstein) (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 24, p. 346, 14 juin 1880).

Un coqueluchieux, âgé d'un an, est amené à l'auteur par sa mère qui a remarqué qu'il lui sortait de l'œil gauche quelque chose d'aspect tendineux.

Haffner reconnut, à l'orifice du point lacrymal inférieur, la présence d'un lombric saillant, par la tête, de 3 centimètres. Le point lacrymal l'enserrait assez énergiquement pour qu'il fallût quelque force pour l'extraire sans le rompre.

Cet ascaride lombricoïde était un mâle long de 65 millimètres et épais de 1 millimètre.

Il avait sans doute été projeté par les vomissements de la coqueluche dans les cavités nasales et avait remonté dans le canal naso-lacrymal. J. B.

Brûlures de la cornée, par J. BRIONNE (*Thèse de Paris*, 1880).

La thèse de M. Brionne se résume assez exactement dans les trois propositions suivantes :

1° Les brûlures de la cornée restent pendant quelques jours, généralement trois ou quatre, sans donner lieu à des phénomènes pathologiques.

2° Ces brûlures sont graves si elles sont étendues, car si elles n'amènent pas la perte de l'organe, elles en empêchent presque entièrement le fonctionnement.

3° Elles doivent être traitées par les antiphlogistiques et l'ésérine de préférence à l'atropine. A. CHEVALLEREAU.

Du pannus et spécialement de son traitement local par la poudre d'iodoforme, par MICHEL (*Thèse de Paris*, 1880).

Chez plusieurs malades antérieurement soumis à divers modes de traitement, M. Th. Anger aurait obtenu, par des insufflations de poudre d'iodo-

forme, la disparition complète et rapide des douleurs et du spasme de l'orbiculaire et l'amélioration de la vision, l'iodoforme agissant sur le pannus comme il agit sur les ulcères scrofuleux. Les observations contenues dans cette thèse sont malheureusement trop incomplètes et trop récentes pour que les résultats annoncés soient indiscutables. A. CHEVALLEREAU.

Double conical cornea, occurring during pregnancy; excision (Double staphylome conique survenant au cours d'une grossesse; excision elliptique, guérison), par WITHINGTON (*The Lancet, vol. I, p.* 878, 1880).

Pendant les premiers mois de sa gestation, une femme, âgée de 23 ans, s'aperçut que sa vue baissait. Les troubles oculaires ne firent qu'augmenter pendant qu'elle nourrissait son enfant. Au 7e mois de la lactation, elle remarque une saillie anormale des cornées. Un mois plus tard (8e mois de la lactation), ne pouvant plus qu'à peine se conduire, elle entre à l'hôpital.

C'est une femme pâle, anémique. Les deux cornées sont franchement coniques, mais tandis qu'à droite le staphylome est opaque à son sommet, il est transparent à gauche. Après quelques jours d'un régime tonique interne, on se décide à opérer. L'opération porta d'abord sur l'œil droit. Avec un fin couteau de Græffe, on taille et l'on excise un lambeau de forme elliptique. Atropine, application d'un bandeau compressif. Lorsqu'on l'enlève 48 heures après, la réunion de la plaie cornéenne était parfaite. Même opération, même réunion pour l'œil gauche. Il n'y eut ni hernie de l'iris, ni synéchie; la femme recouvra la vue. V. CAMPENON.

Contribution à l'étude des indications et contre-indications de l'ésérine dans le traitement des kératites et des abcès de la cornée, par O. DUVAU (*Thèse de Paris, n°* 103, 1881).

L'ésérine, d'après l'auteur, possède les qualités suivantes :

1° Réduction de la pression intra-oculaire.

2° Diminution de la sécrétion conjonctivale par contraction des vaisseaux.

3° Réduction de la diapédèse en général.

Dans les abcès de la cornée, dans certaines formes de kératite phlycténulaire simple, pustuleuse ou vasculaire, l'ésérine est absolument contre-indiquée. Même dans les cas les plus simples, l'iris n'est jamais complètement indemne. L'ésérine contracte la pupille, des synéchies postérieures se forment qui plus tard nécessiteront une iridectomie optique et antiphlogistique. L'atropine dans ces cas doit être préférée.

Dans les kératites graves, l'ésérine donne des résultats merveilleux.

P. REDARD.

Zur Behandlung der Conjunctivitis gonorrhoica bei Erwachsenen (Du traitement de la conjonctivite blennorragique chez les adultes), par O. PAULSEN (de Hambourg) (*Klin. Monatsbl. für Augenheilk, déc.* 1880).

Paulsen affirme d'abord une opinion qui paraîtra fort exagérée en France. C'est que la plupart des gens atteints d'ophtalmie blennorragique sont perdus. Jusqu'ici, dans tous les cas qu'il a eu à soigner, l'af-

fection s'est terminée par la perte de l'œil, le traitement ne servait qu'à éloigner le résultat final. Il cite cependant un cas de guérison, le premier qu'il ait pu obtenir, chez un homme de 30 ans.

Chez le malade, il n'a pas employé les caustiques; il s'est borné à tenir les yeux très propres et constamment recouverts d'un petit sac de glace. Les sacs que l'on emploie ordinairement dans ces cas ont un inconvénient : ils ne recouvrent que l'œil et même que la partie de celui-ci. Comme le sang qui afflue à la conjonctive provient des parties voisines, il est bon de recouvrir également le front, la joue et une partie de la tempe. Le sac doit être souple et large et continuellement appliqué. La glace sera renouvelée constamment nuit et jour, avant d'être fondue. Pour cela, il est bon d'avoir deux sacs de glace, pour que le refroidissement ne soit pas interrompu. Le pus doit être très souvent enlevé par des injections, surtout lorsqu'il reste très abondant. Comme antiseptique, Paulsen emploie l'hypermanganate de potasse et il prend toujours la précaution d'interposer entre la peau et le sac de glace de petites compresses imprégnées de borax. Les douches froides lui paraissent indispensables. Il installe près du lit du malade, sur un petit tabouret, un vase plein d'eau dans lequel il plonge un tube de caoutchouc qui fait syphon, et il laisse couler nuit et jour, de telle sorte qu'un seau dure une heure. L'eau est d'abord à une température de 12 à 15, en effet, le froid est très désagréable au début. Pour le tube, un diamètre de 6 millimètres est le plus favorable.

Au bout cinq jours, alors que la plupart des symptômes ont beaucoup diminué, on peut employer les cautérisations. CHEVALLEREAU.

I. — Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (La prophylaxie contre l'ophtalmie des nouveau-nés), par CREDÉ (*Archiv für Gynækologie, Band XVII, 1er IB., Berlin*, 1881).

II. — Zur Prophylaxie der Conjonctivalblenorrhœ Neugeborenen (Prophylaxie de la conjonctivite blennorrhéique des nouveau-nés), par R. OLSHAUSEN (*Centralblatt für Gynækologie, n° 2*, 1881).

III. — Zur prophylaktischen Behandlung der während der Geburt eintretenden Infektion der Augen des Kindes (Du traitement prophylactique contre l'infection des yeux de l'enfant), par D. HAUSSMANN (*Centralbl. f. Gynækol., n° 4*, 1881).

IV. — Zur Verhütung der Augenentzündung Neugeborenen (Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés), par H. ABBEG (*Archiv für Gynækologie, Band XVII, Heft 3*, 1881).

I. — Après plusieurs tentatives infructueuses, l'auteur est arrivé à se préserver dans son service de l'ophtalmie des nouveau-nés , et ce résultat n'a été obtenu qu'à partir du moment où il a porté les moyens désinfectants sur les yeux mêmes du nouveau-né, laissant de côté la désinfection des voies génitales de la mère, qu'il avait d'abord tentée, et avec peu de succès. Depuis le 1er juin 1880, il applique à tous les nouveau-nés sans exception le traitement prophylactique suivant : après avoir nettoyé les yeux avec de l'eau ordinaire, on instille quelques gouttes de solution nitrate de d'argent au $\frac{1}{50}$; puis on recouvre les yeux pendant

24 heures de compresses imbibées de solution salicylique au $\frac{1}{100}$. Aucun des enfants ainsi traités, du 1er juin au 8 décembre, n'a été atteint d'inflammation la plus légère des yeux : le traitement n'a d'ailleurs aucun inconvénient. De 1874 à 1879, le nombre des enfants atteints d'ophtalmie à la clinique de Leipzig, avait varié de 45 à 14 par an, soit 13.6 0/0 à 9.2 0/0.

II. — A Hall, depuis 2 ans, l'auteur lave les yeux de chaque nouveau-né avec une solution phéniquée au $\frac{1}{100}$; et le nombre des enfants atteints d'ophtalmie est tombé de 12.5 0/0, chiffre moyen de 1865 à 1869, à 6 0/0 pendant ces deux dernières années. Dans le principe on ne s'occupait des yeux qu'après le bain; depuis 9 mois, l'auteur fait faire le lavage des yeux dès que la tête est sortie de la vulve, avant que l'enfant ait ouvert les yeux, et que le mucus infectieux ait eu le temps de pénétrer dans le sac conjonctival : depuis ce moment, le nombre des ophtalmies a encore diminué, et pendant l'hiver 1880, il n'y a eu que 6 enfants atteints sur 166, soit 3.6 0/0. L'auteur croit cependant que la solution phéniquée au $\frac{1}{10}$ est trop faible, et se propose d'employer la solution au $\frac{2}{100}$.

III. — L'auteur réclame la priorité pour le traitement préconisé par R. Olshausen. Il l'a appliqué et fait connaître dès 1879 (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 35, 1879). Il en a constamment obtenu les meilleurs résultats.

IV. — A Dantzig, la solution de nitrate d'argent au $\frac{1}{50}$ n'est employée que comme moyen curatif : au point de vue prophylactique, on se contente depuis des années de laver à l'eau pure les yeux du nouveau-né, immédiatement après l'accouchement, Or, de 1871 à 1880, le nombre des cas d'ophtalmie a été de 66 sur 2,266, soit environ 3 0/0. L'auteur croit donc ce moyen suffisant. H. DE BRINON.

Note sur l'emploi de l'iodure d'argent naissant dans le traitement des maladies de la conjonctive, par SÉDAN (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 5, p. 266, 1881).

Rappelant le mémoire que M. Brame (de Tours) a présenté à l'Académie de médecine de Paris (24 août 1880), l'auteur préconise son traitement à savoir l'emploi de l'iodure d'argent naissant, c'est-à-dire résultant de la réaction de l'iodure de potassium sur le nitrate d'argent. Au lieu de solutions aqueuses, Sédan utilise les solutions dans la glycérine, en outre pour éviter le desséchement de bords palpébraux, il les enduit de vaseline pure ou additionnée de sel de Boutigny (0,02 p. 8 gr.).

Quoi qu'il en soit, l'auteur, qui a expérimenté en Algérie, c'est-à-dire sur l'ophtalmie algérienne ou plutôt granuleuse, aurait obtenu des succès remarquables, rapides et durables. F. T.

Étude sur la cataracte secondaire et sur son traitement en particulier, par J. BACHES (*Thèse de Paris*, n° 6, 1881).

Si la cataracte secondaire est *libre*, l'extraction avec le serre-tête de Desmarres sera le procédé le plus simple et le plus certain.

Si elle est *adhérente*, le chirurgien suivant les cas aura le choix entre les procédés suivants : l'iridotomie, la discission à deux aiguilles; le débridement.

Il réservera le premier procédé pour les cas exceptionnels où une inflammation très intense a produit des exsudats considérables avec atrésie ou déformation de la pupille.

Dans toutes les autres circonstances, le chirurgien devra recourir soit à la discission à deux aiguilles, soit au procédé par débridement de Galezowski.

Le débridement est, d'après l'auteur, supérieur comme résultat à la discission. P. REDARD.

I. — De la formation par greffe des kystes et des tumeurs perlées de l'iris.

II. — Des tumeurs perlées de l'iris, par E. MASSE (*Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne, 22 avril* 1881, *et broch., Bordeaux*, 1881).

I. — M. Masse a institué une série d'expériences dans le but d'éclairer l'étiologie des kystes et des tumeurs épithéliales de l'iris.

Sur 3 lapins, l'auteur a introduit dans la chambre antérieure des deux yeux de trois à quatre cils arrachés avec leur bulbe mais dépourvus de leur follicule pileux ; huit mois après l'opération deux des animaux présentaient les cils inaltérés dans la chambre antérieure et les supportaient admirablement, les cils étaient venus s'accoler au-devant de l'iris mais sans s'y greffer.

On peut conclure de ces faits que s'il se développe des tumeurs épithéliales chez des malades qui ont des cils dans la chambre antérieure de l'œil, il est probable que ce n'est pas à la greffe seule des cils que sont dues le développement de ces tumeurs.

Quand on introduit, au contraire dans la chambre antérieure de l'œil de petits lambeaux de peau comprenant des cils, on obtient assez facilement la greffe de ces tissus sur l'iris. Les différents éléments qui constituent la peau peuvent proliférer, mais ce sont surtout les éléments épithéliaux qui s'hypertrophient. La greffe cutanée s'unit au tissu de l'iris qui s'irrite au point de contact de la greffe. Il se forme en ce point un tissu demi mou qui sert à la réunion.

M. Masse a obtenu chez le lapin la greffe des différents éléments cutanés, épithéliaux, glandulaires et du tissu conjonctif que des coupes microscopiques peuvent montrer entièrement unies au stroma de l'iris et sans qu'il fût nécessaire de blesser préalablement celui-ci.

Dans un très grand nombre d'expériences l'auteur a obtenu la greffe de la conjonctive introduite dans la chambre antérieure.

Les greffes conjonctivales ont produit chez les animaux en expérience tantôt des tumeurs épithéliales pédiculées et tantôt des kystes.

Les tumeurs épithéliales paraissent développées aux dépens des éléments épithéliaux de la muqueuse, les kystes prennent peut-être leur origine au sein des productions épithéliales ou plutôt aux dépens des glandes conjonctivales.

M. Masse pense que chez l'homme les tumeurs épithéliales et les kystes de l'iris se forment par la greffe du follicule du cil arraché, de

la peau ou de la conjonctive introduits dans la chambre antérieure à la suite d'un traumatisme de la cornée. Le développement spontané de ces tumeurs, par plissement ou par synéchie de l'iris à la suite de contusion de l'œil par exemple (de Wecker) est exceptionnel.

Chez l'homme 83 fois sur 100, les tumeurs perlées ou les kystes de l'iris succèdent à des plaies pénétrantes de la cornée, suivies de la pénétration dans la chambre antérieure de lambeaux de tissus qui se greffent sur l'iris et s'y développent.

II. — Dans son second mémoire, M. Masse, après avoir passé en revue les observations publiées de kystes et de tumeurs épithéliales ou perlées de l'iris admet, s'appuyant sur les examens microscopiques, qu'on ne doit pas établir une différence fondamentale entre les kystes renfermant des produits épidermiques et de la graisse et les tumeurs épithéliales perlées. Entre ces deux genres de tumeurs la transition est insensible et au point de vue étiologique les origines sont à peu près les mêmes.

Les tumeurs perlées de l'iris comme les kystes séreux reconnaissent pour cause un traumatisme avec plaie pénétrante de la cornée et pénétration de tissus (plus souvent des cils) dans la chambre antérieure.

S'appuyant sur ses recherches expérimentales, l'auteur pense que le développement des tumeurs perlées est dû à la pénétration dans l'œil des tissus qui se greffent et se développent sur l'iris.

M. Masse pense que l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de l'iris ne doit pas être trop hâtive et qu'il faut attendre que des accidents inflammatoires se présentent. Si l'on se décide à opérer, on doit faire une incision à la cornée en rapport avec les dimensions de la tumeur, on pratiquera un petit lambeau qui permettra de saisir et d'exciser facilement la tumeur. Si cette opération ne réussit pas à arrêter l'irido-choroïdite, s'il survient des menaces d'ophtalmie sympathique, alors seulement on fait l'énucléation de l'œil. P. REDARD.

Irido-choroiditis gummosa, and the frequency of syphilitic iritis in general, par D. SEGGEL (*Archives of ophthalmology, vol. IX, n° 4, p. 403*).

Après avoir signalé les auteurs qui se sont occupés de cette question, l'auteur publie un cas très intéressant d'irido-choroïdite gommeuse.

Dans cette observation on remarque :

1° L'apparition précoce de la gomme, quatre mois après l'infection.

2° La forme arrondie de la tumeur, qui était recouverte par la sclérotique.

3° Son siège dans la choroïde et non dans le corps ciliaire.

4° La coexistence d'une iritis plastique et non gommeuse.

5° L'absence de troubles cornéens.

Le traitement mercuriel associé aux sudorifiques a donné dans ce cas une guérison rapide.

La proportion donnée par l'auteur pour la fréquence de l'iritis spécifique est de 1.05 0/0. D'après Fournier, elle serait de 3 à 4 0/0.

P. REDARD.

I.—On a theory of glaucoma, par BRAILEY (*London ophtalmic Hospital Reports, vol. X, p.* 10, 24 *août* 1880).

II. — Des indications de l'iridectomie et de la sclérotomie dans le glaucome, par Ch. ABADIE (*Annales d'oculistique, p.* 229, *mai-juin* 1881).

III. — Du traitement préventif du glaucome dans les cas où déjà un œil se trouve atteint de cette maladie, par G. MARTIN (*Journal de médecine de Bordeaux. nos* 30-31, *février* 1881).

IV. — Guérison du glaucome par la sclérotomie équatoriale transverse, par NICATI (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 619, 1881).

I. — Sous le terme de glaucome, Brailey décrit tous les cas où l'augmentation de tension se produit, soit à la suite de blessures, d'ulcères de la cornée, de tumeurs ou d'inflammations variées du tractus uvéal.

Il admet les deux théories : 1° par excès de sécrétion (névrose), augmentation de l'apport sanguin et dilatation des vaisseaux ; 2° par défaut d'excrétion par obstruction du canal de Schlemm, par apposition de l'iris qui joue le rôle de valvule, par inflammation de ce canal, par inflammation de l'iris et du corps ciliaire :

1° Dans ses autopsies, l'auteur a trouvé la dilatation des vaisseaux principalement au niveau de l'iris et de la région ciliaire ; il regarde cette dilatation comme la conséquence probable d'une affection vasomotrice.

Il pense que cette dilatation, qui n'est nullement indispensable, dit-il, à la production du glaucome bien qu'elle existe dans un grand nombre de cas, est fréquemment due à l'irritation des nerfs ciliaires à la suite du tiraillement des fibres de l'appareil suspenseur du cristallin. Ainsi s'expliquent les cas de rapide tension à la suite des luxations du cristallin, etc.;

2° Dans le glaucome par défaut d'excrétion, l'auteur fait ressortir le rôle de l'atrophie et de la sclérose de l'iris.

Il admet que lorsque l'iris s'altère, lorsque la chambre antérieure se rétrécit, comme cela a lieu par le fait de l'atrophie du corps ciliaire, la pression sur la face postérieure de l'iris est augmentée, l'iris s'accole alors aux canaux de filtration et au canal de Schlemm, et joue le rôle de valvule.

L'auteur réfute ensuite les théories de l'avancement de l'iris par l'intermédiaire du cristallin, de l'obstruction du canal de Petit par une augmentation du diamètre du cristallin sous l'influence de l'âge.

En résumé, pour Brailey, la dilatation artérielle, l'hypersécrétion inflammatoire et l'inflammation, l'atrophie, la sclérose du corps ciliaire et de l'iris sont les principales lésions qui peuvent expliquer la production du glaucome.

II. — D'après l'auteur, la sclérotomie paraît indiquée :

1° Dans le glaucome hémorragique proprement dit, pour lequel l'iridectomie donne des résultats déplorables ;

2° Dans le glaucome chronique simple caractérisé par la simple excavation de la papille sans trouble des milieux, avec tension intra-oculaire peu élevée. Dans ces cas, après l'iridectomie l'acuité visuelle baisse

momentanément d'une façon sensible, en raison de l'augmentation des cercles de diffusion produite par la brèche de l'iris et par l'astigmatisme ;

3° Dans les formes d'hydrophtalmie congénitale, avec élévation de la tension, où, par suite de la déformation de la région ciliaire, l'excision de l'iris peut être suivie de rupture de la zonule, luxation du cristallin, issue du corps vitré ;

4° Dans ces formes rares de glaucome à marche fatalement progressive, qui semblent évoluer malgré l'iridectomie. La sclérotomie offre alors l'avantage de pouvoir être répétée plusieurs fois jusqu'à ce qu'on obtienne une cicatrice ectatique.

En somme, d'après l'auteur, l'iridectomie ne donne de bons résultats que dans les cas où la chambre antérieure a diminué de profondeur et où l'iris et le cristallin sont refoulés en avant : toutes les fois, par conséquent, que la tension intra-oculaire augmentant *d'abord* dans le corps vitré, refoule en avant le diaphragme constitué par l'iris et le cristallin. Dans les cas au contraire, où la chambre antérieure conserve sa profondeur habituelle, comme dans le glaucome chronique simple, l'hydrophtalmie congénitale, etc., la sclérotomie semble préférable.

Dans le but d'éviter les hémorragies rétiniennes qui se produisent à la suite des opérations de glaucome, M. Abadie recommande les instillations d'ésérine et les injections sous-cutanées d'ergotine (solution d'Yvon ou Ergotinine Tanret), à la tempe.

III. — Le glaucome est une maladie dyscrasique, et pour ce motif, porte ses effets sur les organes similaires. Lorsqu'un œil est pris, l'autre ne tarde pas à se prendre.

De monoculaire, le glaucome ne devient pas fatalement binoculaire dans un bref délai : dans bien des cas, il ne frappe les deux organes qu'à un intervalle d'une ou plusieurs années.

L'iridectomie dans le glaucome prédispose l'autre œil à des phénomènes glaucomateux.

Il importe que dans la pratique on reconnaisse les cas qui, rapidement après l'iridectomie, doivent se compliquer d'un second glaucome.

L'explosion d'un glaucome dans un second œil, à l'occasion d'une opération, n'est à craindre que dans les cas où un œil est atteint de glaucome inflammatoire primaire.

L'œil qui se prend est déjà malade d'une façon latente. Il faut chercher les moindres signes révélateurs.

Contre le second glaucome il faut appliquer une opération qui permette l'établissement d'une cicatrice à filtration pendant toute la période des craintes (quatorze jours environ).

L'iridectomie étant une opération qui a ses dangers (hémorragie de la rétine, luxation du cristallin), et qui apporte de l'éblouissement, il faut lui préférer la sclérotomie, qui a fait ses preuves.

La sclérotomie, en effet, expose moins l'œil à l'hémorragie, à la luxation du cristallin, à l'astigmatisme.

Le procédé de sclérotomie, recommandé par l'auteur dans le but d'éviter l'enclavement de l'iris, est celui décrit par lui sous le nom *d'incision unique en plusieurs temps.* P. REDARD.

IV. — Cette opération est ainsi décrite : Les paupières écartées, on saisit un large pli antéro-postérieur de la conjonctive au-dessous de la cor-

née de façon que la plaie externe ne corresponde pas à la plaie de la sclérotique. Un couteau linéaire est plongé alors profondément entre le droit inférieur et le droit externe dans l'équateur de l'œil, la lame dirigée suivant le plan de celui-ci, et perpendiculairement au méridien. La plaie est agrandie ensuite presque dans une étendue de 3 ou 4 millimètres. Dans ce second mouvement l'humeur vitrée peut déjà se présenter, s'il n'en est rien on fait exécuter à la lame un mouvement de rotation autour de son axe, et au besoin on exerce une pression sur le globe avec l'ophtalmostat jusqu'à ce que l'humeur vitrée fasse hernie, alors on enlève tous les instruments, et l'humeur vitrée continue à s'écouler lentement sous la conjonctive qu'elle soulève sous forme de boule œdémateuse.

Le rapporteur M. Giraud-Teulon estime que les faits publiés par l'auteur justifient peu le titre de sa communication. L. JULLIEN.

Ein Fall von absoluter Blindheit seit zwei Monaten in Folge von Glaucoma simplex mit Wiederherstellung des Sehensmögens (Cécité absolue datant de deux mois et consécutive à un glaucome simple, retour de l'acuité visuelle), par Th. KUBLI, de Dorpat (*Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, oct.* 1880).

Le 3 mars 1880, se présentait à la clinique ophtalmologique de Dorpat un jeune homme de 21 ans, aveugle depuis plus de deux mois. Depuis un an, sa vue baissait constamment ; elle était surtout mauvaise le soir et parfois il voyait autour de la lumière un anneau coloré. A l'époque de Noël, sa vue disparut brusquement sans qu'il y eût aucun autre phénomène. Le malade se portait d'ailleurs très bien, et on ne trouvait rien de particulier dans les antécédents de famille.

Cet homme est de taille moyenne, l'état général est bon ; il a la gale et de l'eczéma du cuir chevelu avec chute des cheveux par places. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen fonctionnent normalement. Les ganglions lymphatiques sont légèrement tuméfiés.

Les mouvements du globe de l'œil sont conservés, mais non synergiques ; chaque œil tend à se porter en dehors et en bas. La peau des paupières est normale. La muqueuse conjonctivale est le siège d'un catarrhe chronique avec congestion de ses papilles. Il existe une légère taie sur chaque cornée. Les pupilles sont irrégulières, leur diamètre vertical est plus considérable que l'horizontal ; elles réagissent nettement à la lumière et pendant la convergence des yeux.

Sur le cristallin gauche, en bas, en dehors et en dedans, on trouve quelques opacités occupant la substance corticale ; de même sur le cristallin droit, mais seulement en bas et en dehors. Le corps vitré a conservé sa transparence, mais la papille, de chaque côté, offre une excavation glaucomateuse caractéristique, à bords taillés à pic. Le cercle sclérotical est très marqué.

Le tonus de l'œil $= T + 2$. Il n'existe aucune trace de sensibilité lumineuse.

Le 3 mars, on instilla dans chaque œil quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine au centième ; une heure après les papilles étaient rétrécies au maximum et le tonus de l'œil était à peine normal. Le malade commença à se plaindre de nausées, de céphalalgie, de pesanteur de tête et de vertige, puis il ressentit dans tout le corps un frisson violent accompagné de tremblement si intense que le lit même en remuait. Des tremblements fibrillaires se manifestaient dans les muscles du tronc et des membres supérieurs, les

dents claquaient. Les contractions du cœur étaient tombées à 35 par minute. La respiration était ralentie, stertoreuse, souvent intermittente. Le malade ne perdait pas connaissance, mais il éprouvait un vif sentiment de vertige. Comme la respiration se ralentissait d'une manière sérieuse et que la cyanose était de plus en plus prononcée, on pratiqua pendant dix minutes la respiration artificielle et l'on fit des frictions sur les extrémités ; en outre on lui fit prendre du café chaud. Cet accès dura environ trois quarts d'heure, puis le nombre des pulsations s'éleva à 50 ou 60 par minutes, la respiration devint régulière et tous les phénomènes disparurent. Deux heures après le malade se sentait très bien. Dans la soirée il croyait avoir quelques perceptions lumineuses, mais le fait restait douteux.

Le 4 mars, le professeur Röhlmann fit une double iridectomie. La plaie se ferma rapidement, mais la cicatrice resta cystoïde. Le tonus de l'œil diminua après l'opération, mais sans descendre au-dessous de la normale. La chambre antérieure ne se forma que huit jours après ; 10 jours plus tard, il se fit un léger hypohéma qui dura peu de temps.

Le 8 mars le malade distinguait les objets et les axes oculaires tendaient à redevenir parallèles. Les jours suivants, l'acuité visuelle montait à $\frac{3}{200}$, le champ visuel paraissait rétréci, mais le peu d'intelligence du malade rendait cette recherche très difficile. Jusqu'au 21 avril, il ne se produisit plus aucun changement dans l'état de l'opéré.

Cette observation est surtout remarquable par les phénomènes qui ont suivi l'instillation du collyre à l'ésérine ; néanmoins on ne saurait sans discussion attribuer cet appareil symptomatique à l'alcaloïde employé.

A. CHEVALLEREAU.

Des cyclites chroniques avec corps flottants du corps vitré (Mouches volantes pathologiques), par MARSEILLE (*Thèse de Paris, n° 84, 1881*).

Conclusions :

Les procès ciliaires, comme les séreuses et, en particulier, les séreuses articulaires, présentent à leur surface plusieurs couches superposées de cellules épithéliales qui font de cet organe une véritable séreuse.

A l'état physiologique, cet épithélium stratifié préside à la nutrition du corps vitré et particulièrement à la sécrétion de la mucine qui forme la partie liquide du corps vitré, comme la séreuse articulaire préside à la sécrétion de la synovie.

La partie liquide du corps vitré présente avec la synovie une composition analogue. Toutes deux sont constituées par un liquide visqueux et filant dont la mucine forme l'élément fondamental.

L'inflammation de la séreuse ciliaire se traduit par les mêmes phénomènes que l'inflammation des séreuses en général et des synoviales en particulier. Ces phénomènes consistent dans la formation d'exsudats et d'épanchements plus ou moins riches en fibrine, se déposant à la surface de ces membranes ou se mélangeant aux liquides de sécrétion normale.

Il existe plusieurs variétés de cyclites, caractérisées par des exsudats séreux, séro-fibrineux, purulents, avec formation de corps flottants, comme il existe des variétés différentes d'arthrites ou mieux de synovites avec exsudats séreux, séro-fibrineux, ou purulents.

La variété de cyclite chronique décrite dans ce travail est caractérisée

d'après l'auteur, par un exsudat avec très peu de liquide, plus ou moins riche en substance fibrinogène produisant des flocons fibrineux en présence de la matière fibrino-plastique et déterminant, dans le corps vitré, des corps flottants dits mouches volantes pathologiques. Cet exsudat se produit en dehors de toute réaction inflammatoire notable comme on le voit dans l'hydarthrose.

Cette variété de cyclite chronique présente deux formes : l'une grave s'accompagnant de modifications importantes dans le corps vitré, et de poussées d'exsudation rapides précédant le décollement rétinien et y conduisant ; l'autre bénigne, ne s'accompagnant pas de décollement rétinien.

Ces deux formes paraissent se développer sous l'influence d'un état général qui n'est autre que l'arthritisme ou uricémisme.

Ces deux variétés de cyclite chronique peuvent être efficacement modifiées par un traitement anti-arthritique ou anti-uricémique.

P. REDARD.

On some points in the treatment of sympathetic ophtalmia, par G. LAWSON (*London ophthalmic Hospital Reports, vol. X, partie 1, p. 1-10, août 1880*).

Après avoir résumé les principaux symptômes de l'ophtalmie sympathique et attiré l'attention sur ce fait que chez les enfants la maladie ne se manifeste au début que par des troubles légers et n'est reconnue le plus souvent qu'à un stade avancé, M. Lawson établit que :

1° Lorsqu'un œil blessé grièvement a été excisé avant l'apparition de tout symptôme dans l'œil du côté opposé, ce dernier organe est à l'abri de l'ophtalmie sympathique. L'auteur affirme n'avoir jamais rencontré d'exception à cette règle. De là la pratique de l'intervention rapide qu'il recommande dans les cas de blessures et de destruction d'un œil pour *prévenir* l'ophtalmie sympathique.

M. Lawson cite ensuite 2 observations qui prouvent la récidive possible et fréquente d'une irritation sympathique dans le même œil.

Conduite à tenir : 1° quand l'œil blessé est complètement aveugle ; 2° quand l'œil conserve un certain degré de vision.

1° Lawson est d'avis, si l'œil blessé est complètement perdu, de pratiquer l'énucléation, bien qu'il sache par expérience que cette opération n'arrête pas l'ophtalmie sympathique en voie d'évolution de l'œil opposé. Si l'énucléation ne peut guérir l'ophtalmie sympathique, elle peut du moins arrêter et atténuer l'irritation sympathique dans la plupart des cas.

2° Si l'ophtalmie sympathique existe et si l'œil conserve un certain degré de vision, il ne faut pas faire l'énucléation. Lawson a vu souvent en effet, lorsque l'œil atteint d'ophtalmie sympathique avait pordu toute vision, l'œil primitivement blessé recouvrer une vision suffisante.

Le traitement consiste d'après l'auteur à s'abstenir de toute intervention lorsque l'œil est enflammé.

Dans la première période, repos absolu de l'œil, verres fumés, onctions mercurielles, quinine avec extrait de belladone ; atropine ou daturine. Cesser l'emploi des mydriatiques à la deuxième période.

Dans la 2e période (adhérence de la capsule à l'iris) s'il reste une

vision suffisante, Lawson est d'avis de ne pas intervenir, de rainte d'accidents inflammatoires et de la perte du seul œil qui reste.

Si le degré de vision est très faible et s'il y a un bon champ visuel on doit pratiquer une opération.

Lawson insiste sur l'amélioration produite par l'extraction du cristallin, et sur la diminution après cette opération de la tendance aux récidives.

Il conseille donc de pratiquer d'abord l'extraction du cristallin en faisant une large kératotomie, en ouvrant avec un kystitome la pupille en la déchirant ainsi que la capsule avec les ciseaux et en comprimant légèrement le globe oculaire pour faire évacuer le cristallin.

Si la pupille se referme on pratique une nouvelle opération de pupille artificielle.

Dans la troisième période, lorsque la tension est exagérée et que la vue se perd, l'iridectomie ne donne pas de résultats. Le tissu de l'iris est en outre tellement altéré dans ces cas qu'on ne peut en retirer une parcelle. Lawson recommande la sclérotomie et il cite deux observations où cette opération lui a donné de très beaux résultats. P. REDARD.

Traitement de l'ophtalmie sympathique, par E. CHUFFART (*Thèse de Paris, n° 100, 1881*).

L'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil est, d'après l'auteur, applicable dans la plupart des cas d'ophtalmie sympathique.

Dans les cas où elle est indiquée, elle est aussi efficace que l'énucléation tout en présentant moins de gravité qu'elle.

Ce procédé accepté, les opérations curatives diminueraient et seraient remplacées par des opérations préventives.

L'amputation partielle de l'œil a l'avantage de présenter un beau moignon, sur lequel s'adapte facilement un appareil prothétique, capable de masquer complètement toute difformité de l'œil opéré.

L'œil opéré est aussi mobile qu'avant l'opération, et suit tous les mouvements de son congénère.

L'opération est très facile à exécuter. P. REDARD.

On central amblyopia, par G.-W. BERRY (*London ophthalmic Hospital Reports, vol. X, partie 1, p. 44, août 1880*).

L'auteur démontre le peu de gravité de l'affection qui se termine généralement par la guérison.

Le tabac et l'alcool, principalement le tabac, sont les causes de l'amblyopie toxique.

Les malades voient à travers un nuage siégeant dans les régions de la vision centrale. La vision est diminuée.

Le scotome central qui ne se reconnaît facilement que si l'acuité est abaissée jusqu'à J.-16 présente les particularités suivantes : il décrit un ovale à grand axe horizontal, en s'étendant depuis la papille jusqu'au delà des limites de la macula ; quelquefois il s'étend davantage aux dépens des parties nasales du champ visuel, dans le sens horizontal.

Au niveau du scotome, il y a cécité pour le rouge et le vert.

La périphérie du champ visuel reste généralement intacte même lorsque la vision centrale est complètement abolie la perception chromatique y est normale.

D'après l'auteur, l'altération du sens des couleurs est un excellent moyen de découvrir la présence du scotome.

Le scotome est négatif, le malade n'en a pas conscience. La pâleur de la moitié temporale de la papille n'est pas une altération constante et n'a aucune valeur pour le pronostic.

L'ophtalmoscope ne révèle aucune altération ; dans quelques cas on trouve quelques lésions inflammatoires au niveau de la papille (brouillard et perte de transparence). P. REDARD.

Considérations sur le traitement de l'amblyopie par la strychnine, par D. VERON (*Thèse de Paris*, n° 87, 1881).

La strychnine réussit admirablement, lorsqu'il y a simple lésion fonctionnelle de la rétine ou du nerf optique, ne s'accompagnant d'aucune lésion ophtalmoscopique, si l'amblyopie n'est pas trop accentuée et si la paralysie des fibres du nerf optique n'est pas complète.

Lorsque, à côté de la lésion fonctionnelle il y a lésion matérielle, celle-ci étant au second plan, on peut obtenir par la strychnine une amélioration plus ou moins considérable de l'amblyopie.

A mesure que la lésion matérielle s'accentue davantage, la vertu de la strychnine diminue, et lorsqu'on a affaire à une lésion matérielle facilement appréciable, qu'elle se traduise par une inflammation plus ou moins intense du nerf optique, ou par son atrophie progressive, il faut rejeter d'une façon absolue l'emploi de la strychnine. P. REDARD.

Pulsation in embolism of the central artery of the retina, par A. STANFORD MORTON (*Ophthalmic Hospital Reports, vol. X, partie* 1, *p.* 177, *août* 1880).

Dans un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, l'auteur a constaté un mouvement saccadé rythmique et pulsatif dans les colonnes sanguines qui occupaient les branches de bifurcation de l'artère. Ces colonnes étaient séparées par des espaces clairs, mais se fusionnaient à certains moments.

En examinant un de ces disques sanguins, l'auteur a compté 11 pulsations, durant les 10 secondes qu'il met à parcourir l'espace qui existe entre le point d'entrée de l'artère et le bord de la papille.

Au bout de 10 jours, les artères avaient recouvré leur état normal et le malade lisait le n° 12 de l'échelle de Jaeger. P. REDARD.

Ueber die pathologische-anatomischen Retinal-Veränderungen bei progressiven perniciösen Anämie (Des altérations anatomo-pathologiques de la rétine dans l'anémie pernicieuse progressive), par W. UHTHOFF (de Berlin) (*Klin. Monats. f. Augenh.*, *déc.* 1880).

L'auteur s'appuie sur trois observations pour affirmer qu'il existe une rétinite véritable dans l'anémie pernicieuse, comme dans la leucémie.

L'anémie pernicieuse exerce une influence notable sur la dégénérescence variqueuse des fibres nerveuses de la rétine. Sur les 40 cas d'hypertrophie variqueuse de la rétine cités par Roth dans les *Archives de Virchow*, de 1870, 26 étaient dus à des altérations du sang, depuis cette époque on a fait beaucoup de recherches nouvelles, mais on n'avait pas encore signalé l'anémie pernicieuse progressive parmi les causes de l'altération de la rétine. A. CHEVALLEREAU.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

I. — The surgical treatment of epistaxis, par HAMILTON (*British medical Journal*, 8 *mai* 1880).

II. — Idem, par COMER (*Ibid.*, 22 *mai* 1880).

III. — Idem, par DOUGLAS HEMMING (*Ibid.*, 29 *mai* 1880).

IV. — Idem, par THURSTON (*Ibid.*, 5 *juin* 1880).

V. — Contribution à l'étude des épistaxis, par CALMETTES (*Progrès médical*, *n°* 40, 1881).

I. — Hamilton, comme les auteurs suivants, rejette l'emploi de la sonde de Bellocq. Il emploie une bande de toile longue de 3 pieds avec laquelle il tamponne les différentes parties du nez.

II. — Corner recommande la pulvérisation de perchlorure de fer étendu de 15 fois son poids d'eau.

III. — Douglas Hemming emploie des injections de perchlorure de fer et eau à parties égales.

IV. — Thurston emploie la douche de Weber avec de l'eau froide, et, si ce procédé est insuffisant, avec une solution de perchlorure de fer.

V. — Calmettes rapporte un cas dans lequel il parvint à découvrir la source de l'hémorragie. Il existait à la face interne de l'aile du nez, à droite un peu en avant du 3e cornet, un petit caillot sanguin qui tomba quand on le toucha avec le stylet ce qui donna lieu à la reproduction de l'hémorragie. Quand elle fut arrêtée, il put amener une guérison radicale en détruisant avec un galvano-cautère plat toute l'artère malade. Ce cas est identique, sauf le siège de l'anévrisme, aux 3 cas rapportés par Michel dans son traité des maladies du nez. R. CALMETTES.

Ein Fall von linkseitigem Stirnhöhlen Osteome neben Bemerkungen über die in den Nebenhöhlen der Nase sich entwickelnden Osteome (Un cas d'ostéome du sinus frontal gauche avec remarques sur les ostéomes qui se développent dans les cavités des fosses nasales, par BORNHAUPT (*Arch. f. klinische Chirurgie, B. XXVI, Heft* 3, *p.* 588, 1881).

Le travail de Bornhaupt est une étude très complète des ostéomes qui se développent dans les différentes cavités de la face. Les principaux faits connus y sont exposés et discutés, et l'auteur y ajoute une observation nouvelle d'ostéome du sinus frontal ayant envahi l'orbite et extirpé avec succès chez une jeune fille de 18 ans.

Nous ne signalerons ici que les conclusions essentielles qui ressortent du mémoire. C'est surtout le côté pathogénique de ces tumeurs qui est le moins bien connu; c'est lui que vise surtout Bornhaupt dans ses recherches. L'hypothèse la plus plausible d'après lui, c'est que les ostéomes cavitaires de la face et les ostéomes de l'orbite en particulier prennent naissance dans le périoste qui tapisse les os de la face ; l'ostéome, d'abord complètement formé de substance osseuse compacte devient spongieuse au centre par suite d'un travail de résorption intérieure. C'est surtout dans les ostéomes anciens que la substance spongieuse centrale est en plus grande abondance, elle est en rapport avec l'âge de l'ostéome.

C'est aux dépens des éléments conjonctifs du périoste que se fait la genèse du tissu osseux, et il n'est pas rare de voir cette tendance à la production d'os se manifester dans un certain nombre des sinus de la face en même temps; les reproductions osseuses restent stationnaires très souvent ; mais souvent aussi, sous l'influence de causes non encore limitées, elles prennent un développement inaccoutumé et deviennent alors ces énormes tumeurs dont nous connaissons si bien aujourd'hui la clinique et la thérapeutique. E. SCHWARTZ.

I. — Polype naso-pharyngien muco-fibreux, par LINON (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 480, 1881).

II. — Polype naso-pharyngien ayant occasionné une cécité presque complète, par LE DENTU (*Idem, p.* 515).

I. — Dans le premier cas, il s'agit d'un polype de la muqueuse des fosses nasales développé chez un jeune soldat de la classe 1878, et faisant saillie dans l'arrière-bouche au point de simuler un fibrome naso-pharyngien. L'auteur en fit très heureusement l'extraction au moyen de l'écraseur et sans la moindre mutilation.

II. — Le second malade fut opéré par la voie palatine. M. Le Dentu ayant pratiqué une ouverture en ce point put larder la tumeur avec des flèches de chlorure de zinc et assister à sa rapide élimination. Cependant la déformation de la face qui était considérable parut se modifier tout d'abord, puis augmenta beaucoup; les globes oculaires redevinrent saillants et la vue s'affaiblit, de plus en plus décelant le développement d'un néoplasme dans le sinus sphénoïdal. L'examen à l'ophtalmoscope fait voir que les papilles sont diffuses sur leur circonférence, qu'elles présentent

des plaques d'atrophie centrale, que les veines sont gonflées de sang, qu'en un mot il s'est développé une neuro-rétinite. M. Le Fort conseille de fouiller encore les fosses nasales à l'aide de l'ostéotomie à volet de Chassaignac.

L. JULLIEN.

Die prophylactische Resection der Trachea (Résection prophylactique de la trachée), par Th. GLÜCK et A. ZELLER (*Archiv f. klinische Chirurgie, Bd. XXVI, Heft* 2).

Glück et Zeller, frappés dans les cas d'opération sur la bouche et le pharynx, etc. du danger de l'introduction des liquides septiques dans les voies respiratoires, ont entrepris sur des chiens une série d'expériences consistant à sectionner la trachée, et à suturer les 2 bouts à l'incision cutanée, à extirper 4 jours après le larynx, puis à resuturer les 2 bouts de la trachée une fois la guérison et la 2e opération accomplie, pour rétablir la continuité du tube respiratoire.

Ces opérations ont été répétées sur le cadavre. Voici les conclusions des auteurs :

1° La section de la trachée d'après la méthode indiquée est supportée sans aucun accident du côté de l'état général ;

2° Dans les cas d'extirpation du larynx et en général dans toutes les opérations qui ont causé jusqu'ici une grande mortalité par suite de la production de pneumonies septiques, la section préventive de la trachée offre toutes les garanties pour empêcher cette complication ;

3° Le drainage, par l'intermédiaire du bout supérieur de la trachée, permet après tamponnement du pharynx, de faire de grands lavages détersifs dans la cavité pathologique ;

4° La section des 2 bouts de la trachée n'offre aucun inconvénient.

Terminons en prévenant que les auteurs n'osent pas assez s'avancer pour proposer l'application de leur procédé à la chirurgie humaine.

E. SCHWARTZ.

On the use of the thermo-cautery in tracheotomy, par J. BŒCKEL (*Archives of Laryngology, vol.* 1, *n°* 3, 1880).

Aux observations présentées, en 1878, à la société de médecine de Strasbourg, M. J. Bœckel a ajouté 14 cas nouveaux de trachéotomie par le thermocautère, soit ensemble 21. Toutes les opérations ont eu une issue favorable et il n'y a eu que deux hémorragies dont une seule grave (n° 17) encore était-elle due à l'absence d'aides compétents.

Combattant l'opinion de Desprès « que la section de l'isthme du corps thyroïde rend l'hémostase impossible » et reprenant ses premières conclusions, M. J. Bœckel dit : 1° que dans presque tous les cas il a sectionné le corps thyroïde et toujours sans hémorragies ; 2° que la possibilité de diviser le corps thyroïde sans hémorragie au lieu de la repousser en bas ou en haut facilite singulièrement l'opération ; 3° qu'à ce niveau, la trachée est plus superficielle et peut être incisée avec la plus grande sécurité, car il n'y a pas à tenir compte du plexus veineux sous-thyroïdien ; 4° qu'il n'a pas eu une seule hémorragie secondaire ; 5° que l'in-

cision de la trachée avec le bistouri lui a donné de sérieuses appréhensions dans 4 cas, surtout dans un où le sang coulait si violemment qu'on a dû mettre la tête du malade hors de la table pour éviter l'obstruction des bronches par le sang, qu'au contraire dans deux cas où le cou était fortement congestionné, il a ouvert la trachée avec le thermocautère sans le moindre accident; 6° enfin qu'il n'y a aucun rétrécissement de la trachée résultant de l'emploi du thermocautère; 9 des 12 malades qui ont guéri ont été revus et il n'y a pas le moindre doute à ce sujet.

A. MARTIN.

I. — Fremdkörper in den Luftwegen (Corps étrangers des voies aériennes), par. MORITZ (*Monasschrift für Ohrenheilkunde, juillet* 1879).

II. — (1) Eine Nähnadel ueber der Bifurcation der Trachea, Entfernung derselben (Une aiguille sur la bifurcation de la trachée, extraction). (2) Eine 3 1/2 cm. lange Zangewährend 9 Monaten in der rechten Lunge (Une pince de 3 cm. 1/2 de longueur pendant 9 mois dans le poumon droit), par VOLTOLINI (*Ibid., décembre* 1879).

III. — Die Extraction einer Nadel aus dem cavum pharyngo-laryng (Extraction d'une aiguille de la cavité pharyngo-laryngée), par HERING (*Centralblatt f. Chir.*, n° 8, 1879).

IV. — Mort causée par la pénétration d'un petit poisson dans le larynx, par GIO CARLO TEMPESTI (*Lo Sperimentale, décembre* 1879).

V. — (1) Tod verursacht durch Aspiration einer Bohne in die Trachea (Mort causée par un haricot dans la trachée). (2) Tod durch Obturation des Introitus Laryngis durch ein Fleischstükchen (Mort due à l'obturation de l'entrée du larynx par un petit morceau de viande), par WINDELSCHMIDT (*Monats. f. Ohrenh., juillet* 1880).

VI. — Zwei Fälle von Fremdkörpern in Kehlkopfe (Deux cas de corps étrangers du larynx), par CHIARI (*Ibid., septembre* 1880).

I. — Un homme croyait avoir avalé un os en mangeant sa soupe. Il avait des accès de suffocation accompagnés d'une expectoration légèrement sanguinolente et une vive douleur derrière le manche du sternum augmentant par la pression. Le malade assurait sentir très nettement un os à cette place. L'inspection et la palpation du larynx n'apprennent rien, une sonde œsophagienne pénètre librement dans l'estomac. Dans la supposition que le corps étranger est situé profondément, près de la bifurcation de la trachée, le malade est placé à genoux sur un divan, la tête en bas, s'appuyant avec les mains sur le sol. Après avoir fait quelques mouvements à la suite d'un accès de toux, il trouva dans sa bouche un morceau d'os plat, large comme une pièce de 20 kopecks. Il est probable que cet os était placé de champ et n'empêchait pas le passage de l'air.

Dans la même séance de la Société des médecins de Saint-Pétersbourg, le docteur Handelin raconte un cas semblable dans lequel une servante sauva un enfant suffoqué par une perle qu'il avait avalée, en le suspendant par les pieds, la tête en bas; presque aussitôt le corps étranger tomba à terre.

II. — (1) Il s'agit d'un paysan qui après avoir avalé une aiguille d'environ un pouce de longueur avec un fil double assez court, marcha toute la journée avec son aiguille dans le cou pour venir à la clinique de Voltolini. Pas

de douleur, ni de toux ; le malade la sentait très profondément dans le cou et il n'avait ni bu, ni mangé depuis l'accident dans la crainte de déranger l'aiguille.

Au laryngoscope on voyait le fil noir placé de bas en haut et obliquement sur la corde vocale droite, en le suivant on arrivait à l'aiguille qui était fichée dans la partie antérieure de la trachée, à peu de distance de la bifurcation — en faisant tousser le malade, on voyait le fil flotter librement tantôt à gauche, au-dessus des cartilages aryténoïdes, quelquefois entre les deux — si le fil avait été plus court, il aurait fallu faire la trachéotomie. Les essais d'extraction ne furent pas heureux et pendant que le malade se reposait à la suite d'une tentative infructueuse, il sentit tout à coup pendant un accès de toux l'aiguille dans sa bouche.

Voltolini propose pour le cas où pareil fait se représenterait d'aller chercher l'aiguille avec une longue tige aimantée pendant qu'avec un aimant placé extérieurement en face de l'aiguille on empêcherait celle-ci de changer de position.

(2) Un individu opéré une première fois d'un polype du larynx par Voltoloni s'adressa à un autre spécialiste pour une récidive. Celui-ci fit des tentatives avec une pince semblable à celle de Türck, Stœrck, Charrière, Lüer, Mackenzie, Œrtel, Fauvel, mais le manche se cassa et les mors de la pince avec un bout du manche (le tout ayant 3c 1/2 de longueur) tombèrent dans la bronche droite. Le malade fut pris d'une toux effrayante qui dura jour et nuit pendant plusieurs semaines avec fièvre et crachements de sang. Au moment de l'accident, il sentit une douleur très vive dans la région pectorale droite. La douleur subsista ainsi que la toux quoique l'intensité de cette dernière eût un peu diminué. Le malade passa ainsi près de 9 mois, puis son état empira et il fut obligé de garder le lit. Un jour il fut pris d'un accès de toux tel qu'il croyait étouffer, et à la fin de cet accès il rejeta la pince. La guérison fut très rapide.

Voltolini croit encore que dans des cas semblables on pourrait aller chercher le corps étranger avec une tige aimantée.

Il rappelle que sur 224 cas rassemblés par König, 74 fois les corps étrangers des voies aériennes étaient des haricots, 43 fois des boutons, 41 fois des noyaux, 21 fois des épis, 18 fois des fragments d'aliments, 14 fois des aiguilles et enfin 11 fois des pièces de monnaie ou des pierres.

III. — Une jeune fille de 18 ans avait avalé une aiguille qui était placée transversalement dans le larynx. Une extrémité était fixée dans un cartilage de Santorini et l'autre dans les muscles du cou. L'aiguille fut cassée en deux au moyen d'une pince de Türck et les deux morceaux furent retirés séparément.

IV. — Un pêcheur tenait un petit poisson entre ses dents, mais le poisson glissa dans sa bouche et l'homme tomba mort avant qu'on ait eu le temps d'appeler un médecin. A l'autopsie on trouva une petite sole dont le tiers antérieur était dans le larynx, le reste du corps était libre et la queue s'appuyait sur la base de la langue de sorte que si un médecin était arrivé à temps il aurait pu facilement prendre le poisson avec ses doigts.

V. — (1) Un enfant de 4 ans, avala un haricot en jouant. Le petit malade amené une heure après chez un médecin, n'avait qu'un peu de hoquet, l'inspiration plus lente et l'expiration plus rapide, pas de dyspnée. La voie était normale et l'enfant racontait lui-même l'accident. A chaque inspiration et expiration on entendait dans la trachée le bruit de clapet décrit par Dupuytren. L'examen laryngoscopique fut négatif. L'enfant fut amené à l'hôpital, mais pendant la route, il eut un accès de suffocation et mourut. Le mouvement de la voiture, suppose-t-on, aurait amené le changement de position du haricot et l'obstruction complète de la trachée.

(2) Un homme de 30 ans, en état d'ivresse, cessa tout à coup de manger et

s'appuya sur la table la tête entre ses mains comme pour dormir. Une heure et demie après on s'apercevait qu'il était froid et raide. Un médecin, une demi-heure plus tard, constata que la mort était causée par l'obstruction de l'entrée du larynx par un morceau de lard de la grosseur du pouce.

VI. — (1) Il s'agit d'un individu de 24 ans, qui, en mangeant, ressentit une vive douleur dans la région du cou, avec suffocation et aphonie complète. Plus tard, retour de la voix sans enrouement. Un médecin, sans faire l'examen laryngoscopique donne un vomitif. La nuit se passe bien, mais le matin l'enrouement reparaît. Nouveau vomitif dans la journée. Le lendemain un médecin constate avec un laryngoscope la présence d'un corps étranger dans le larynx et fait des tentatives d'extraction infructueuses. Le malade se rend alors à la clinique de Schrötter. La déglutition est facile et sans douleur. La voix aphone. Le larynx peu sensible à la pression extérieure. Seulement le malade a la sensation très nette d'un corps étranger dans le cou. L'examen laryngoscopique est très facile et fait voir dans l'ouverture glottique entre les cordes vocales un fragment d'os blanc, irrégulier, dentelé, de 3c de long sur 1c 5 de large enfoncé par sa pointe sous l'épiglotte qui est gonflé et rouge. Le cartilage aryténoïde et la corde vocale du même côté sont gonflés et rouges. On peut toucher l'os avec une sonde et on pense qu'il sera facile de l'enlever. L'opération est retardée parce que l'on veut faire la laryngomie. Cataplasmes froids sur le cou. Morceau de glace. Nourriture liquide et froide prise avec un véritable appétit. Le soir, à 7 heures 1/2, en mangeant un fruit glacé le malade est pris d'un accès de toux et rejette le fragment d'os sans douleur, ni hémorragie. L'os était beaucoup plus gros qu'on n'avait supposé, plus large et très pointu.

On voit par cette observation combien dans certains cas est grande la tolérance du larynx et combien longtemps on peut attendre sans recourir aux moyens extrêmes.

(2) Presque en même temps, venait à la clinique un homme de 51 ans, avec de la gêne inspiratoire et des symptômes du côté du larynx. L'examen laryngoscopique montrait le cartilage aryténoïde droit absolument fixé en dedans tandis que l'autre pouvait encore un peu se porter en dehors. Toute la muqueuse du larynx était rouge, l'ouverture glottique très rétrécie et on voyait enclavé entre les vraies et les fausses cordes vocales, un corps blanc de la grosseur d'un pois, d'abord pris du mucus. Après quelques jours le malade était tellement exercé que l'on pouvait tant par la résistance du corps à la sonde que par son odeur diagnostiquer un morceau de cartilage nécrosé. Le 30 juin, Schrötter en faisait l'extraction avec un pince et l'on constatait un morceau de cartilage beaucoup plus gros qu'on n'avait pensé. Une partie était cachée dans le sinus de Morgagni. C'était un morceau de cartilage en forme d'anneau (cartilage cricoïde ossifié et nécrosé). Le malade était enroué depuis trois ans et avait de temps à autre de la difficulté à respirer. Rien aux poumons et pas de signes certains de syphilis. La formation de ce séquestre était certainement consécutive à une périchondrite et il se trouvait depuis de longs mois dans la glotte. Ce cas montre que pour les corps étrangers du larynx on peut attendre sans inconvénient jusqu'à ce que l'on trouve un nouveau moyen d'extraction. Sans une indication absolument précise on ne doit pas faire la trachéotomie. ALFRED MARTIN.

Passage of needle of hypodermic syringue into bronchus; expectorated during a paroxysm of coughing thirteen days afterwards (Aiguille à injection hypodermique pénétrant dans les voies aériennes et rejetée le 30e jour, pendant un effort de toux), par SYDNEY JONES (*The Lancet, vol. II, p.* 208, 1880).

Un médecin tenait entre ses lèvres une aiguille à seringue de Pravaz, lorsque tout à coup elle fut entraînée pendant un mouvement d'inspiration. Toux immédiate mais peu intense et douleur à gauche du mamelon gauche. Au 4e jour on cherche inutilement à obtenir l'expulsion du corps étranger par la position et la percussion. Toutefois comme l'air pénètre librement, on laisse de côté toute idée d'intervention chirurgicale. A partir du 8e jour la douleur thoracique devient moindre; ce n'est plus qu'une sorte de gêne empêchant les grandes inspirations. Les quintes de toux sont rares, mais l'expectoration devient abondante, et à deux ou trois reprises elle est sanguinolente. Le 30e jour, à la suite d'un accès de toux plus violent que d'habitude, le malade rejette la partie renflée de l'aiguille, et quelques heures plus tard le reste du corps étranger. L'oxydation de la soudure explique cette rupture de l'aiguille. V. CAMPENON.

Case of coin in air passages heald by inversion of the patient (Pièce de monnaie engagée dans les voies aériennes. Guérison par la suspension du patient, la tête en bas), par Joseph BELL (*Edinb. med. Journ., p.* 1104, *juin* 1881).

Un conducteur de voiture avait une pièce de monnaie qui s'introduit dans es voies aériennes. Le chirurgien auquel il s'adresse croyant d'abord à sa présence dans l'estomac, provoque un vomissement qui ne ramène pas la pièce : il constate que la respiration est presque nulle dans la bronche gauche. A quelque temps de là, le malade est pris de suffocation telle qu'on prépare tout pour lui faire la trachéotomie d'urgence; mais auparavant, on essaie de le renverser la tête en bas, en le suspendant par les pieds et en le faisant respirer largement la bouche ouverte. Dans cette manœuvre, la pièce se détache et tombe dans la bouche. H. R.

I. — Corps étranger du larynx.

II. — Corps étranger dans les bronches, par ARANGO (*Bulletin de la Société de chirurgie, p.* 70, 1880).

I. — Un fragment de cloison de casse s'était logé dans l'orifice supérieur du larynx d'un enfant de 4 ans. Plusieurs accès de suffocation eurent lieu. Le 5e jour, le petit malade était aphone, cyanosé, presque mort. Arango fit la trachéotomie, introduisit par la plaie une plume de poule, les barbes dirigées vers la glotte, et délogea le corps étranger qui sortit par la bouche. La guérison fut complète en 15 jours.

II. — Une jeune fille, mangeant un fruit de sapotillier, crut avoir avalé un noyau, parce qu'elle eut un court accès de suffocation, avec la sensation de quelque chose qui venait de descendre difficilement par le cou. La nuit, elle éprouva quelque gêne et de la toux avec un sifflement qui s'entendait à distance. La fièvre vint et avec elle une bronchite. La malade éprouvait des douleurs disséminées dans le côté gauche de la poitrine qui était sonore, mais où l'on n'entendait aucun bruit respiratoire. Arango diagnostique la

présence d'un corps étranger et considère comme inutile la trachéotomie, qui fut faite cependant par le médecin de la famille, mais ne sauva pas la malade. La mort eut lieu 75 jours après l'accident. La graine de sapotillier fut trouvée dans la bronche du côté gauche dont le poumon était en grande partie hépatisé. L. JULLIEN.

Mort rapide par asphyxie à la suite de pénétration dans la trachée de matières caséeuses provenant de ganglions suppurés péritrachéaux, par P. MEYNET (*Lyon médical*, 5 *juin* 1881).

Enfant de deux ans, nés de parents phtisiques, de constitution débile, rachitique, ayant fréquemment des rhumes. Le 2 août 1879, il contracte la rougeole, catarrhe bronchique intense. La guérison se fait bien. En mai 1880, coqueluche qui traîne jusqu'en avril 1881. A ce moment poussées ganglionnaires dans la région cervicale, toux plus fréquente, amaigrissement. Petits accès de suffocation dus évidemment à la compression de la trachée et des bronches par des ganglions.

Mort le 3 mai en quelques minutes dans un accès de suffocation.

A l'autopsie, gros ganglions, enveloppant la trachée et l'origine des bronches. Le nerf récurrent est perdu dans cette masse. La trachée est remplie et presque oblitérée dans une étendue de 2 à 3 centimètres par une substance grisâtre, molle, de forme cylindrique, constituée par la matière caséeuse d'un ganglion qui s'est épanchée dans son intérieur. L'ulcération se trouve au niveau de la bifurcation du côté droit. Au voisinage on trouve encore des cavernes ganglionnaires remplies de plus épais.

Les poumons ne présentent aucune granulation ou ulcération tuberculeuse.

A. C.

Étude sur les kystes du larynx, par E.-J. MOURE (*Paris*, 1881).

Réunion de tous les cas connus au nombre de 68 ; 33 siégeaient sur les cordes vocales, 5 sur les ventricules de Morgagni, 23 sur l'épiglotte, 2 sur les aryténoïdes ; pour 5 la localisation n'est pas spécifiée. Tous ces kystes tant intra qu'extra-laryngés sont de nature bénigne et dus à la dilatation ampullaire des culs-de-sac glandulaires dont les conduits supérieurs sont oblitérés. Le traitement préconisé par M. Moure est l'écrasement pour les kystes intra-laryngés et l'incision de la poche à l'aide de ciseaux recourbés pour les kystes de l'épiglotte. A. M.

Recherches cliniques et histologiques sur la phtisie laryngée, par Ph. SCHECH (*Bayer. aerztlich. Intell.*, *Band XXVII*, *p.* 41, 42, 1880).

Au point de vue clinique, l'auteur ne considère pas comme certaine l'origine primaire de la maladie; il ne croit pas à la phtisie laryngée d'origine catarrhale; il pense que les lésions unilatérales du larynx sont excessivement rares, si elles existent; toutefois il aurait constaté que le plus souvent le côté le plus malade du larynx correspond au côté le plus malade du poumon.

D'après lui, ce seraient les lésions de la partie postérieure qui seraient les plus récentes et les plus fréquentes; les lésions des cordes vocales seraient presque aussi fréquentes; toutefois, dans beaucoup de cas, les

ventricules du larynx seraient pris les premiers. L'épiglotte ne se prendrait en général que très tardivement; les cartilages aryténoïdes et les ligaments aryépiglottiques sont très souvent lésés les premiers et leur altération débuterait par leur face laryngée. Le larynx ne serait atteint que très tardivement; la lésion débuterait toujours par des altérations de la muqueuse. Schech considère comme caractéristiques de la phtisie laryngée les granulations de la paroi postérieure et le gonflement irrégulier des cordes vocales. Il aurait toujours constaté que ces irrégularités étaient constituées par de véritables tubercules miliaires.

Les recherches histologiques lui ont montré que les lésions de la muqueuse laryngée dépendent toujours de l'évolution des tubercules miliaires. Il considère comme très rare la production de tumeurs ulcérées d'origine non tuberculeuse. En somme, tout en considérant la phtisie laryngée comme produite le plus souvent par des tubercules, il admet que dans certains cas, les ulcérations de la muqueuse sont sous la dépendance d'autres processus. Il aurait obtenu de bons résultats en employant les insufflations d'acide borique. HENRI LELOIR.

On a case of bilateral paralysis of the vocal cords (Observation de paralysie bilatérale des cordes vocales), par Mac Call ANDERSON (*Edinb. med. Journ.*, *p.* 11, *juillet* 1881).

Le fait que rapporte l'auteur est intéressant à plus d'un titre. Il concerne un homme de 49 ans, qui arrive à l'hôpital avec une aphonie totale et une dyspnée considérable provoquée par le moindre effort. L'examen laryngoscopique montre une paralysie totale des muscles abducteurs et des adducteurs du larynx, des deux côtés égale, vraisemblablement due à une tumeur du médiastin ou à un anévrisme. A quelques semaines de là, le malade meurt brusquement d'hémoptysie, et l'on trouve en effet un anévrisme de la partie postérieure de la crosse de l'aorte englobant le récurrent gauche; mais le côté curieux de l'observation, c'est que le récurrent droit ne paraissait pas sensiblement comprimé, bien que la paralysie des cordes vocales, constatée pendant la vie, fût double. H. R.

Zur Casuistik seltener Geschwülstformen im Larynx und Pharynx (Contribution à l'étude des tumeurs rares du larynx et du pharynx), par Emile EHRENDORFER (*Archiv f. klinische Chirurgie, B. XXVI, Heft* 3, *p.* 577, 1881).

Ehrendorfer rapporte dans ce mémoire deux cas de tumeurs rares ; l'une du larynx et consistant en un enchondrome né du cartilage cricoïde, l'autre du pharynx et qui était un sarcome pédiculé de la paroi postérieure de cet organe.

L'enchondrome du larynx s'était développé surtout en dehors de la cavité de l'organe vers l'œsophage et s'était logé entre la paroi antérieure du tube digestif qu'il déprimait vers sa cavité et la paroi postérieure du larynx.

Le professeur Schrötter qui vit le malade avait porté le diagnostic de carcinome. Weinlechner fut obligé de faire la trachéotomie pour des accès de suffocation graves. Ce fut le professeur Billroth qui fit l'ablation du néoplasme par une incision latérale de la région sous-

hyoïdienne. Il pénétra jusque sur l'œsophage et put énucléer facilement la tumeur qui était comme encapsulée.

Le diagnostic de la tumeur cartilagineuse facilement énucléable avait été porté avant l'opération par Billroth, parce que le malade avait expectoré après la trachéotomie, un morceau de la tumeur gros comme un pois.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, qui sentit se développer dans la gorge une tumeur qui prit en deux ans un développement tel que la déglutition et la respiration étaient presque impossibles. La tumeur était située sur la paroi postérieure du pharynx au niveau de l'orifice supérieur du larynx qu'elle obstruait en partie. Après quelques essais infructueux pour l'extirper par la bouche, Billroth se résolut à l'enlever par la pharyngotomie.

Une incision faite le long du bord interne du sterno-mastïodien permit d'arriver sur la tumeur, et de l'extirper. Le pédicule s'insérait sur la paroi postérieure du pharynx en face de l'orifice supérieur du larynx; l'on extirpa aussi un ganglion devenu sarcomateux.

La guérison était complète au bout de 12 jours.

L'examen du néoplasme montra que l'on avait affaire à un sarcome qu'on pourrait appeler plexiforme ou adénoïde. E. SCHWARTZ.

Surdité pharyngienne (throat-deafness) par parésie des muscles tubo-palatins, par Edward WOAKES (*American Journal of otology, vol. IV*).

C'est là, suivant l'auteur, une cause fréquente de surdité. Les individus atteints de cette affection sont généralement très sourds, mais inégalement; en général, ils le sont moins au réveil à cause du repos de la nuit. L'oreille droite serait plus souvent atteinte que la gauche, et les deux sexes y seraient également prédisposés. Avec ces individus, le voile du palais, mince et relâché, pend si bas que la luette n'est plus immédiatement visible; l'espace qui sépare les piliers antérieur et postérieur est effacé ; le voile est insensible au toucher. C'est là la paralysie bilatérale. Si, au contraire, elle n'est qu'unilatérale, ces symptômes ne se constatent que d'un côté, et la luette est un peu déviée du côté sain. La membrane tympanique, sauf un léger enfoncement, ne présente rien de particulier, le cathétérisme se fait facilement, mais non le procédé de Valsalva, ce qui se comprend facilement. Quant à la ventilation, elle a lieu par le salpyngo-pharyngien innervé par un filet spécial. Cette paralysie est d'origine périphérique, suivant l'auteur; elle est due à des troubles vaso-moteurs des réseaux vasculaires fournissant aux nerfs moteurs; ces troubles succèdent principalement à l'anémie et à l'épuisement du sympathique par fatigues corporelles et morales, comme le montre un cas cité par l'auteur. Il administre toujours le phosphore, le fer et l'acide bromhydrique, qui excitent spécifiquement les ganglions d'où partent les nerfs vaso-moteurs paralysés et contractent ainsi indirectement les vaisseaux ectasiés. Il y joint l'électricité d'induction; un excitateur laryngien est placé sur la face postérieure du voile du palais et un électrode ordinaire derrière l'angle de la mâchoire (dans la région du ganglion cervical supérieur). R. CALMETTES.

Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde (Études cliniques d'otologie), par S. John ROSSA et Edward T. ELY (*Zeitschrift für Ohrenh., IX, p.* 835).

1. Surdité après un baiser sur l'oreille. Immédiatement, bourdonnements violents, puis affaiblissement de l'ouïe. Grande sensibilité aux bruits. Montre = 0. Diminution de la perception osseuse. Aspect normal de l'oreille. — Diagnostic : ébranlement du labyrinthe.

2. Syncopes graves après une irrigation prudente de l'oreille avec de l'eau tiède et nettoyage avec le porte-ouate. Homme de 40 ans atteint d'otite moyenne suppurée.

3. Syncope profonde après le procédé de Politzer. Jeune femme 19 ans, nerveuse et anémique. Même accident à la seconde visite.

4. Chanteuse. Otite moyenne suppurée droite, bruit de perforation. Quand elle émet des sons élevés, elle éprouve du vertige et les notes paraissent fausses. Par contre, toutes les notes du piano sont bien entendues.

5. Abcès primitif au-dessus de l'apophyse mastoïde sans lésion de l'oreille Vraisemblablement une périostite. Enfant de 6 ans.

6. Dépression intellectuelle par cérumen; guérison à la suite de son ablation.

En terminant, les auteurs mentionnent des cas de suppuration de la caisse dans lesquels l'écoulement tari depuis longtemps ou récemment avait fait place à une sécrétion muqueuse, très visqueuse, remplissant la caisse et probablement l'apophyse, difficile à évacuer, se renouvelant toujours et donnant lieu à de la céphalalgie, à des troubles de l'ouïe, etc. Après la paracentèse, on en pratiquait l'aspiration par une seringue à embout long et flexible telle qu'on en emploie pour le canal lacrymal.

R. G.

I. — Taubstummheit und Taubstummenbildung (De la surdi-mutité et de l'éducation des sourds-muets), par Arthur HARTMANN (*Stuttgart*, 1880).

II. — Enseignement des sourds-muets par la parole, par L. GUYOT (*Thèse inaugurale, Paris*, n° 2, 1881).

III. — Die Verbreitung der Taubstummheit in der Schweiz (Distribution géologique de la surdi-mutité en Suisse), par H. BIRCHER (*Correspondenz-Blatt fuer schweizer Aerzte*, n° 18, p. 588, 15 *septembre* 1884).

IV. — Ein Beitrag zur Casuistik der acquirirten Taubstummheit (Exemple de surdi-mutité acquise avec remarques sur la nature de l'affection causale, par G. KELLER (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 40, p. 580, 3 *octobre* 1881).

I. — La surdi-mutité n'avait pas été l'objet d'un travail d'ensemble, à la fois pathologique, statistique et pédagogique, depuis Meissner (1856). Nous empruntons à la monographie de Hartmann les quelques données numériques suivantes.

Pour 100 sourds-muets du sexe masculin, on en compte 89 du sexe féminin.

Ce sont les enfants israélites qui en fournissent le plus grand nombre.

La surdi-mutité est congénitale chez environ la moitié des sujets.

Sur 832 cas de surdi-mutité acquise, la cause a été : 323 fois une méningite, 116 une fièvre typhoïde, 94 une scarlatine, 45 une affection primitive de l'oreille, 30 une rougeole, 30 des blessures de la tête et 194 fois, diverses autres maladies.

En explorant l'état de l'ouïe chez 865 sourds-muets, Hartmann est arrivé aux résultats suivants :

1° L'ouïe est conservée pour les mots, connus du sourd-muet, qu'on prononce tout contre son oreille (car il les répète), chez 4.3 0/0 ;

2° L'ouïe est conservée pour les voyelles articulées tout contre l'oreille, chez 11.2 0/0.

3° Il y a perception du son d'une cloche de table placée devant l'oreille, chez 24.3 0/0.

4° Il n'y a même pas perception de ce bruit, c'est-à-dire que la surdité est complète, chez60.2 0/0.

En résumé, plus de la moitié des sourds-muets ont entièrement perdu toute faculté auditive ; un quart entend encore les sons, et un septième les mots ou les voyelles.

II. — Les résolutions du Congrès pour l'amélioration du sort des sourd-muets, tenu à Milan, en 1880, semblent avoir été une révélation pour l'enseignement officiel français, attardé dans la méthode mimique. Cette thèse est pour ainsi dire un écho du Congrès, en voici les conclusions :

Dans l'enseignement des sourds-muets, la méthode orale, c'est-à-dire celle qui les instruit en les faisant parler, est préférable à la méthode des signes.

Elle a l'avantage de donner aux sourds-muets une plus grande facilité de communication avec ceux qui entendent.

Elle donne, à temps égal, une instruction plus solide.

Le nombre des sourds-muets instruits par un seul maître doit être de 8 ou 10.

La méthode orale pure doit être préférée (en se servant toutefois, dans les premiers temps, des signes naturels aux sourds-muets), parce qu'elle permet aux sourds-muets de lire sur les lèvres.

Dans les établissements où la méthode orale semble impossible, par insuffisance du nombre de professeurs, il faut chercher quand même à apprendre la lecture sur les lèvres.

Seront exclus de l'enseignement oral, les enfants trop chétifs, ceux dont la vue est trop faible ou dont le larynx refuse tout service. Ces enfants seront instruits par les signes.

III. — La Suisse a le triste privilège d'occuper un rang élevé dans les statistiques du goitre, du crétinisme et de la surdi-mutité. Y a-t-il là autre chose qu'une simple coïncidence, c'est ce que tendent à faire croire les recherches de Bircher.

D'après lui, ces 3 endémies dépendent des mêmes conditions géologiques, ce qui explique pourquoi toutes trois atteignent un haut degré de fréquence en Suisse, et pourquoi dans ce pays, leurs limites géographiques correspondent.

A part les Grisons et le Valais où la nature du terrain n'est pas encore bien déterminée, le recensement de 1870 a montré que la surdi-mutité

se rencontre là où le sol est formé de molasse marine, de trias ou (à un degré moindre de fréquence) d'éocène, tandis qu'elle est très rare dans les contrées de formation jurassique.

Le goitre offre la même distribution géographique. Aussi Bircher pense-t-il que goitre, surdi-mutité et crétinisme ne sont que des formes différentes d'un même processus de dégénérescence en rapport lui-même avec la nature du sol.

Dans 2 instituts de sourds-muets, il en a trouvé, parmi ceux dont l'infirmité était congénitale, 85 0/0 provenant de contrées où règne le goitre et sur cette proportion, 80 0/0 étaient eux-mêmes goitreux.

Il y aurait donc avantage à ne pas installer ces établissements dans les régions où le goitre est endémique.

Heim remarque que les termes de trias et de molasse sont des expressions ne désignant que l'âge des terrains et nullement leur composition chimique qui peut être très différente suivant les points, tandis qu'inversement, des formations géologiques, d'âges très divers, peuvent présenter une composition chimique identique.

Il rappelle en outre que dans beaucoup de pays à goitreux le sol se caractérise par la prédominance de l'argile. Or, l'imperméabilité qui en résulte, jointe à la coexistence de tourbières, pourrait jouer un rôle dans l'étiologie du goitre.

IV. — Le fait suivant est un exemple d'une affection de nature encore mystérieuse, bien qu'elle soit une cause assez commune de surdi-mutité acquise. Les uns y voient une forme abortive de méningite cérébro-spinale sporadique, les autres une otite labyrinthique primitive. Il y a des arguments pour et contre les deux manières de voir, mais l'absence d'autopsies ne permet pas de résoudre la question.

Garçon de 4 ans bien portant. Après s'être inondé la tête en jouant, il est pris de fièvre le soir même; le lendemain vomissements, constipation, prurit nasal, obnubilation intellectuelle sans coma ni convulsions; l'enfant gémit et porte souvent la main à son oreille gauche. Au bout de 4 jours, rémission de la fièvre et convalescence ; mais il reste du coryza, une surdité complète, une démarche titubante et une hémiplégie faciale gauche complète avec lagophtalmie et épiphora ; cette paralysie ne dure qu'un mois et peu à peu la marche redevient sûre. Depuis lors il s'est écoulé plus d'un an ; la perte de l'ouïe, sans lésion du tympan, est restée tellement intense qu'elle a entraîné celle de la parole à l'exception des deux mots papa et maman. L'enfant cependant perçoit les bruits et les sons violents. (*R. S. M.*, VII, 733; VIII, 647; IX, 128; XIII, 712 et XVI, 668.) J. B.

Contribution à l'étude des lésions dans la surdi-mutité, par BARATOUX (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc., p.* 90 *et* 145, 1881).

Dans une oreille de sourd-muet, l'auteur a constaté l'existence d'une névrite parenchymateuse du nerf acoustique avec absence d'organe de Corti; il y avait en outre une altération très marquée des dents de la 1re rangée et de la membrane basilaire.

Quant aux lésions du bulbe, elles sont caractérisées par une dégénération du ganglion situé sur le parcours du nerf cochléaire. Les cellules

avaient disparu, les vaisseaux plus nombreux que normalement étaient dilatés, variqueux, sclérosés.

On n'a pas étudié les altérations cérébrales. F. TERRIER.

Contribution à l'étude des localisations cérébrales; surdité ancienne; atrophie des 2 lobules occipitaux, par J. LUYS (*Gaz. méd.*, n° 29, 1880).

Femme de 85 ans complètement sourde depuis 25 ans à la suite d'une variole : succombe à une pneumonie. Le lobe occipital gauche est extrêmement atrophié. La scissure perpendiculaire est transformée en une gouttière profonde. Le sillon qui sépare le pli courbe de la circonvolution centrale postérieure est aussi élargi. La 3e circonvolution frontale est atrophiée, et sur le lobe occipital droit la substance corticale a aussi disparu et les sillons sont élargis. Il ne reste que quelques filets du tronc des deux nerfs auditifs. Dans les *Ann. des mal. de l'Or.* pour 1876, l'auteur avait déjà publié un cas dans lequel, chez un sourd-muet de 74 ans, on avait trouvé une atrophie des lobes occipitaux. R. C.

I. — Emploi du dentaphone chez les sourds-muets, par Edm. TREIBEL (*Zeits. f. Ohrenh.*, *t. IX*, *p.* 151, 1880).

II. — Observations sur l'audiphone, par KNAPP (*Ibid.*, *t. IX*, *p.* 158).

III. — Nouveau dentaphone se pliant, par S. TURNBULL (*Ibid.*, *p.* 165).

IV. — Emploi de l'audiphone chez les sourds-muets, par BARATOUX (*Annales des maladies de l'oreille*, *t. VII*, *p.* 95, *mai* 1881).

V. — Transmission de la voix articulée au labyrinthe par les os du crâne à l'aide du « fonifero », instrument antérieur à l'audiphone, au dentaphone, etc., par PALADINO (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, *Naples*, 1880).

I. — L'auteur, directeur de l'institution des sourds-muets de Berlin, a expérimenté le dentaphone de Turnbull (*Voyez R. S. M.*, XVII, 31), sur des sourds-muets de différents degrés (absolument sourds, entendant encore les voyelles, les mots), et croit que l'instrument, au moins dans sa forme actuelle, n'est d'aucun secours même pour les sourds ordinaires.

II. — Chez 14 individus très sourds, principalement par suite d'un catarrhe chronique des caisses, l'auteur a employé comparativement l'audiphone de Rodhes et un cornet acoustique en forme de cloche. L'audiphone améliora un peu l'audition; mais son effet fut toujours et très notablement surpassé par celui du cornet acoustique. L'audiphone ne s'appliquerait qu'à ces malades qui entendent mieux les mots prononcés directement dans l'oreille qu'à travers un cornet, ou chez lesquels le cornet donne à la parole un timbre très désagréable.

III. — L'instrument de Turnbull construit par la Compagnie Américaine du dentaphone à Cincinnati, se distinguerait des précédents en ce qu'il est plus portatif, qu'il renforce le son et le transmet plus nettement.

IV. — Les expériences faites à l'institution des sourds-muets de

Paris, sur l'instrument de Rodhes, ont donné des résultats défavorables.

V. — En 1876, dans le *Movimento medico-chirurgico*, l'auteur a décrit un instrument destiné à remplacer par les os du crâne l'appareil de transmission de l'oreille pour atteindre le labyrinthe. C'est une espèce de fourchette composée d'une tige de bois qui porte à un bout un demi anneau métallique et se termine de l'autre par un disque. Le demi anneau entoure le cou de l'expérimentateur au niveau du larynx, tandis que le disque est fixé sur les dents, le front, l'occiput, l'apophyse mastoïde de l'individu en expérience. Le mieux est de le tenir avec les dents. Si le demi-cercle est alors bien fixé autour du larynx de celui qui parle, dit l'auteur, les sourds entendent la parole la plus légère, même dans des cas où la voix criée n'est plus entendue par l'air. Ce qui distingue cet instrument des autres, c'est que les vibrations sont prises directement au larynx, tandis que, pour l'audiphone par exemple, elles sont seulement captées dans l'air.

Quant à la question de priorité, elle est facile à résoudre en faveur de Paladino. Mais, suivant Morpurgo, qui a essayé l'appareil et auquel nous empruntons ces renseignements, il ne procure pas plus de soulagement aux sourds que les deux autres appareils; très rarement l'amélioration est supérieure à celle d'un cornet acoustique ordinaire. Quant au nouvel élément de diagnostic qu'il apporte dans les affections de l'oreille interne, il est bien incertain. R. CALMETTES.

I. — Ueber die Ohrenkrankheiten der Locomotivführer und Heizer, welche sociale Gefahren in sich bergen (Des affections auriculaires chez les mécaniciens et les chauffeurs de chemin de fer, qui peuvent entraîner des dangers pour la Société), par S. MOOS (*Zeitschr. f. Ohrenh., IX, 4, p.* 370).

II. — Ueber Ohrenkrankheiten bei Eisenbahndiensten (Des affections auriculaires chez les employés de chemin de fer), par K. BÜRKNER (*Archiv, für Ohrenh., p.* 8, *févr.* 1881).

III. — De l'otite scléreuse chez les employés de chemin de fer, par TERRILLON (*Soc. de chirurgie, 13 juillet 1881*).

IV. — Ueber Schwerhörigkeit von Locomotivbeamten (De la surdité des employés de locomotive), par JACOBY (*Archiv. für Ohrenh., XVII*, 4, 1881.)

I. — Voici les conclusions que pose l'auteur: 1° chez les mécaniciens et les chauffeurs, l'exercice de leur profession détermine tôt ou tard des altérations de l'oreille avec diminution notable de l'ouïe ordinairement des 2 côtés, peut-être plus fréquemment et plus rapidement chez ceux qui circulent sur les lignes de pays montagneux (à cause des tunnels et des refroidissements qu'ils produisent). 2° cette surdité acquise semble plus dangereuse au point de vue des signaux que la cécité des couleurs, car il s'agit dans ce cas d'une anomalie congénitale que l'on peut constater avec précision au moment de l'entrée au service, tandis que la surdité est acquise et survient très lentement, à l'insu du malade qui ne s'en apercevra que par hasard, par exemple quand un refroidissement ou un traumatisme viendront diminuer encore ou abolir l'acuité auditive d'un ou des deux côtés. 3° la proportion de ces affections auriculaires

ne peut être établie que par de nombreuses statistiques. Mais elles n'en sont pas moins certaines et quand bien même elles ne constitueraient qu'une faible partie des maladies qui atteignent les employés de la traction, elles n'en seraient pas moins un très grand danger pour le public. 4° l'exploration de l'oreille doit être faite avec beaucoup de soins avant l'admission ; elle ne doit et ne peut être confiée qu'à un médecin qui connaisse très bien l'otologie, ou qui, tout au moins, sache examiner l'oreille et déterminer exactement son état fonctionnel. 5° avant d'admettre comme mécanicien un chauffeur qui est depuis longtemps au service, il faut renouveler l'examen de ses oreilles. 6° avant d'admettre définitivement un employé, il serait bon de lui dire que son ouïe peut s'affaiblir par suite de sa profession et qu'il doit prévenir dès qu'il s'en apercevra. 7° les médecins doivent eux-mêmes avertir la compagnie dès qu'ils constatent de la surdité chez un chauffeur ou un mécanicien. 8° il est bon de pratiquer l'examen tous les deux ans pour éviter tout danger, et plus souvent encore sur les lignes à tunnels.

II. — Bürkner apporte son contingent à l'étude commencée par Moos. Il fait observer avec raison qu'il ne faut pas limiter l'examen aux chauffeurs et aux mécaniciens, mais qu'il faut l'étendre aux autres employés et principalement à ceux de la voie, les aiguilleurs et les surveillants. Autant qu'on peut tirer une conclusion de ses observations encore trop peu nombreuses, on voit que les ouvriers de la ligne sont atteints d'affections quelconques de l'oreille, généralement aiguës, comme tout individu travaillant en plein air, tandis que les chauffeurs et les mécaniciens sont le plus souvent atteints de catarrhe chronique avec tendance à la sclérose ; en même temps le nerf auditif est atteint directement, car la perception osseuse est très affaiblie, les bourdonnements intenses souvent sans cause anatomique dans l'appareil de transmission, et les sons élevés ne sont pas ou sont mal perçus, alors que l'audition de la voix est encore bonne. De plus la douche d'air n'améliore pas la perception osseuse. Il y a un ébranlement du nerf analogue à celui qui se produit chez les chaudronniers, les forgerons, etc. Plusieurs cas de Moos sont analogues aux siens ; la lésion labyrinthique et la lésion de l'oreille sont tantôt indépendantes, tantôt simultanées, tantôt la première est consécutive à la seconde.

III. — M. Terrillon a constaté chez un employé de chemin de fer de l'otite scléreuse, surtout marquée d'un côté, ce qui explique que la lésion était passée inaperçue. Un médecin du chemin de fer du Nord, M. Périer, a pu observer un certain nombre de surdités acquises chez les employés du service de la voie.

IV. — L'auteur a examiné tous les employés de la traction à la gare de Breslau, et sur 80, il n'en a trouvé que 2 qui fussent sourds et encore d'une façon médiocre. Un grand nombre de médecins de compagnies de chemins de fer lui ont communiqué des résultats analogues et il a pu constater chez certains mécaniciens une finesse extrême de l'ouïe après 30 ans de service. Aussi il se croit autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° L'usure rapide présumée de l'organe de l'ouïe, c'est-à-dire la diminution précoce de l'audition ou bien la prédisposition plus grande des employés de locomotive aux affections auriculaires, n'est pas vraie d'une

façon générale. Il va sans dire qu'on fait abstraction ici des circonstances exceptionnellement défavorables dont parle Moos, comme les lignes à nombreux tunnels;

2° L'examen minutieux de ces employés est nécessaire avant leur nomination, mais il n'est pas indispensable de le répéter souvent, tous les 2 ans par exemple; il suffirait d'agir comme pour la recherche de la cécité des couleurs;

3° Le danger résultant de la surdité des employés de la locomotive, sans parler des accidents apoplectiformes, serait plutôt moindre que celui dû à la cécité des couleurs, parce que la nécessité continuelle de s'entretenir ensemble dévoile bientôt à l'un l'infirmité de l'autre. S'il existe de la paracousie de Willin, c'est-à-dire si la surdité diminue au milieu du bruit, le danger n'existe plus pendant la marche du train.

4° Les mécaniciens doivent cependant dénoncer toujours une surdité même légère survenant chez eux ou chez leur chauffeur et se faire traiter.

5° Le médecin de la compagnie doit faire à ce sujet une exploration très exacte. En cas de nécessité, il doit s'adjoindre un auriste.

R. CALMETTES.

De l'otite diabétique, par Maurice RAYNAUD (*Annales des maladies de l'oreille, mai* 1881).

Chez un malade extrêmement diabétique, au déclin d'une poussée d'anasarque sans lésion du cœur ou des reins, il survint dans l'oreille droite une violente douleur qui céda quelques heures après, à une hémorragie assez abondante par le conduit auditif. Le lendemain sérosité sanguinolente tombant goutte à goutte devenant bientôt pure et ne contenant pas de sucre comme celle du scrotum; par exemple leucocytes peu abondants, albumine. A la partie supérieure de la membrane tympanique petite perforation par laquelle sortait la sérosité. Au bout de 10 jours, il n'y avait plus qu'un suintement qui persista jusqu'à la mort, laquelle survint 23 jours après le début des accidents auriculaires. A l'autopsie : fongosités de la caisse, rouges et saignantes liquide roussâtre purulent dans les cellules mastoïdiennes; la substance osseuse « très injectée, marbrée par plaques présente tous les « caractères de l'inflammation du tissu osseux », oreille interne normale. L'auteur croit qu'il ne s'agit pas d'une transsudation simple, le liquide renfermant des leucocytes, ne contenant pas de sucre, et ne sortant que par une oreille. Il admet la nature inflammatoire de la maladie en insistant sur l'altération du tissu osseux, fait commun chez les diabétiques. R. CALMETTES.

I. — Zur Frage der Ohrsymptome bei der Brightischenkrankheit (Symptômes auriculaires dans le mal de Bright), par GUROVITSCH (*Berliner med. Wochenschrift, p.* 42, 1880).

II. — Contribution à l'étude des troubles auditifs de la maladie de Bright, par A. DOUMERGUE (*Thèse de Paris*, 1881).

I. — L'auteur rappelle d'abord les travaux de Royer, Rosenstein, Dieulafoy sur les troubles auriculaires dans le mal de Bright. Puis il rapporte une observation dans laquelle un homme atteint de néphrite parenchymateuse consécutive à une malaria ancienne fut pris, outre

l'anasarque ordinaire, d'œdème de la moitié droite de la face avec diminution de l'ouïe et bourdonnement dans l'oreille correspondante. On trouva une perforation de la muqueuse tympanique et il se fit ultérieurement un abcès en avant du conduit auditif. L'œdème s'étendit au côté gauche où il se produisit aussi une otite moyenne avec perforation. A l'autopsie, la muqueuse tympanique était épaissie et gonflée, avec sécrétion médiocre.

II. — Après un historique complet de la question dans lequel l'auteur cite Rosenstein, Fournier, Lécorché, pour l'attaque urémique, Dieulafoy (*France médicale*, 24 fév. 1877, *Gaz. hebdom.*, 25 janv. 1878), Pissot (Th. de Paris, avril 1878). Schwartze (*Archiv für Ohrenh.*, 1868), et Gurovitsch pour le mal de Bright proprement dit, il rapporte un certain nombre d'observations de néphrite avec troubles auriculaires : ces troubles qui surviennent, suivant lui, dans la moitié des cas, consistent en une demi surdité uni ou bilatérale avec ou sans bourdonnements; ceux-ci sont intermittents et ne durent pas pendant toute la maladie. Il en est de même pour la surdité qui en outre est souvent moins marquée le matin que le soir. Quand elle est très marquée, elle offre une plus grande fixité. Il va sans dire que ces variations ne se produisent pas quand la surdité est due à une lésion de l'appareil de transmission. Les symptômes auriculaires sont liés en général à l'apparition de l'anasarque, mais ils peuvent constituer les premiers symptômes de la maladie et survenir quelque temps avant les autres. Enfin, suivant M. Dieulafoy, dans les formes frustes du mal de Bright on peut trouver de l'albumine sans autre symptôme que des troubles de l'ouïe. Quant à la cause anatomique, tantôt on constate des lésions de l'oreille (cas de Schwartze, de Gurovitsch), tantôt en leur absence on est conduit à admettre une perturbation dans les parties centrales, analogue aux manifestations oculaires du mal de Bright; suivant Rosenstein, Dieulafoy et l'auteur, ce serait un œdème du nerf auditif; ce serait plutôt, à notre avis, un œdème du nerf et des centres auditifs. Quant à l'affaiblissement permanent de l'ouïe sans lésions de l'appareil de transmission, l'auteur suppose, sans rien affirmer, l'existence dans le nez de lésions analogues à la rétinite albuminurique.

R. CALMETTES.

The value of pain as symptome of ear disease (De la valeur symptomatique de la douleur dans les affections de l'oreille), par George P. FIELD (*The Practitioner, mars* 1881).

L'auteur, dans cet article, cherche surtout à mettre les médecins en garde contre la production et l'évolution de l'otite moyenne aiguë suppurée et les terribles complications cérébrales qui peuvent en résulter.

Les douleurs dues à une cause intérieure, siégeant dans le conduit auditif externe, n'en imposeront pas longtemps; un examen direct permettra de déterminer rapidement la lésion dont elles dépendent.

Les douleurs de l'otite catarrhale sont peu intenses; le froid, des troubles gastriques en sont souvent la cause.

Les douleurs de l'otite moyenne suppurée sont extrêmement violentes, térébrantes; elles s'accompagnent de fièvre, de céphalalgie, d'agitation, de vertiges, de nausées, de vomissements. Ces phénomènes simulent la méningite.

Il faut agir alors, et agir vigoureusement sous peine des dangers les plus grands. La peau est-elle rouge, œdémateuse au niveau de l'apophyse mastoïde, il faut l'inciser, appliquer des sangsues. La membrane du tympan est-elle tendue, bombée, il faut la ponctionner. C'est seulement ainsi qu'on évitera la pénétration du pus dans la cavité cranienne et l'éclosion d'une méningite mortelle. A. MATHIEU.

I. — Ueber den Scharlach in seinen Beziehungen zum Gehörorgan (De la scarlatine dans ses rapports avec l'oreille), par A. BURCKHARDT-MERIAN (*Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann, n° 182, 1880*).

II. — Beiträge zu den im Verlauf der acuten Exantheme auftretenden Gehöraffectionen (Contribution aux affections de l'oreille survenant pendant les exanthèmes aigus), par GOTTSTEIN (*Archiv für Ohrenh., p. 16, 1881*).

I. — Ce mémoire très important ne peut être complètement résumé dans ces quelques lignes. Nous nous bornerons à en donner brièvement les résultats. Sur 85 cas observés, la maladie survint 3 fois dans la première année, 49 fois entre 2 et 5 ans ; 22 fois entre 5 et 10 ans ; 11 fois entre 10 et 20 ans; 72 fois l'affection fut bilatérale, et 13 fois unilatérale. Quand la maladie fut observée à l'état aigu, la membrane était 12 fois perforée, 7 fois détruite, 11 fois intacte. Dans les cas chroniques, 7 fois la membrane était intacte, 37 fois elle était perforée et 47 fois détruite.

La maladie débutait ordinairement au moment de la desquamation par des frissons, de la fièvre, des douleurs d'oreille, de la surdité, symptômes qui s'atténuaient au moment de la période de suppuration. Il y avait presque toujours de l'adénopathie correspondante. Pour l'auteur, la gravité de l'otite scarlatineuse doit être attribuée aux lésions membraneuses et diphtéritiques, amenant la nécrobiose des tissus (sur 157 oreilles, 54 fois la membrane était totalement détruite). A ce propos il rapporte 2 cas très intéressants de diphtérie primitive de l'oreille, c'est-à-dire sans lésions pharyngées. Quant aux cas légers, ce sont ordinairement des inflammations simples. Le pronostic est grave : sur 85 malades, il y eut 18 cas de surdité absolue dans une oreille ou dans les deux, et montre 3 cas de surdi-mutité.

Cependant, bien que la suppuration puisse menacer la vie du malade, le pronostic s'améliore quand on institue un traitement rationnel. L'auteur s'adresse surtout aux lésions diphtéritiques de la gorge ; il pratique des cautérisations avec l'alcool salicylé à 10 0/0, calme les douleurs et les nausées que produit ce médicament avec des pilules de glace. Il recommande aussi la douche nasale avec de l'eau tiède, contenant 3/4 0/0 de sel marin, et 2 à 3 cuillerées à bouche d'alcool salicylé (1 cuillerée à café pour 100 gr. d'eau). Chez les petits enfants on donnera l'acide salicylique en insufflations nasales. On combattra l'inflammation par les cravates glacées et les pilules de glace. Quant au traitement de l'oreille, on emploiera les préparations iodées, et s'il y a de la douleur, la teinture d'opium et le quinine ; on fera la paracentèse, s'il y a de l'exsudat derrière la membrane, des injections avec une solution de sulfate de soude à 5 0/0, et principalement on s'efforcera d'enlever les fausses membranes et de désinfecter la plaie avec l'acide salicylique et de la ouate boriquée.

II. — Gottstein apporte son contingent à l étude de cette question. Malheureusement, pas plus que son collègue de Bâle, il n'a eu l'occasion d'observer les malades au début de cette complication; tant que les auristes ne verront les malades qu'après guérison de l'exanthème, il sera difficile de décider si l'affection auriculaire est propagée ou bien due à l'action directe du poison. Sur 1,193 cas, il en a eu 66 (5 1/2 0/0) qui reconnaissaient certainement pour cause la variole, la rougeole et la scarlatine. 3 furent traités dans les 15 premiers jours, 1 au bout d'un mois, tous les autres longtemps après le début. Wreden, qui a eu l'occasion d'observer dans un hôpital d'enfants, dit que la période d'exsudation (dans les otites moyennes diphtéritiques scarlatineuses) dure une quinzaine de jours et qu'elle est remplacée par une période suppurative. On comprend donc que, passé ce temps, il soit impossible de décider si l'inflammation a été d'abord diphtérique, ou dès le début suppurative. L'auteur rapporte plusieurs cas : le premier concerne une inflammation desquamative aiguë de la membrane tympanique pendant la rougeole, suivie d'une otite moyenne suppurée, avec perforation et guérison. Elle est intéressante en ce que, jusqu'au moment où l'auteur recourut au microscope, il crut avoir affaire à des fausses membranes. Cette erreur était excusable, car les conduits étaient remplis d'une masse grisâtre qui ne s'enlevaient, ni par la pince, ni par l'irrigation, et il y avait de la fièvre. Cette myringite desquamative aiguë, jusqu'ici bien rare, ne doit probablement pas être un cas isolé; on fera bien de recourir toujours au microscope avant de décider la nature pseudo-membraneuse de la maladie. Ce cas prouve encore que l'inflammation desquamative (cholestéatome des autres) peut être réellement primitive, comme l'admet Wendt, et non toujours consécutive à la suppuration. Cette desquamation de la membrane tympanique est-elle en rapport avec celle de la peau? c'est ce qu'il est difficile de décider. Cependant l'auteur a vu presque toujours la complication auriculaire dans la rougeole et la scarlatine survenir pendant la période de desquamation.

Le deuxième cas concerne un développement de fausses membranes sur le voile du palais, dans le pharynx, le nez et les oreilles (caissés et conduits), pendant la deuxième semaine de la scarlatine. Il y avait propagation du pharynx. Les membranes tombèrent au bout de quelques jours, et la suppuration s'établit au bout de 15 jours. Guérison.

Dans un troisième cas, il survint de la diphtérie pharyngée avec otite diphtérique gauche dans le cours de la deuxième semaine d'une rougeole (pas d'examen microscopique). Dans ce cas, l'auteur démontre que l'affection ne devait pas s'être propagée par la trompe, et contredit, à ce propos, Burckhardt-Merian qui admet que la trompe est le chemin par lequel la diphtérie frappe toujours l'oreille; il croit, au contraire, qu'elle peut s'y manifester directement, même dans le cas de diphtérie pharyngée. Quant au traitement, il emploie les bains d'eau de chaux et les irrigations d'eau phéniquée pour déterger l'oreille, puis les insufflations d'acide salicylique contre l'otorrhée. Il rejette la douche nasale employée comme prophylactique, par Burckhardt-Merian, qu'il considère, au contraire, comme favorisant la propagation, et renonce aux cautérisations avec l'alcool salicylé, car il n'existe rien à sa connaissance qui puisse arrêter la production de fausses membranes, et il se borne à les dissoudre et les expulser.

R. CALMETTES.

Ueber der Einfluss der Nerven der Paukenhöhle auf die Secretion ihrer Schleimhaut (Influence des nerfs de la caisse sur la sécrétion de la muqueuse), par E. BERTHOLD (53e Réunion des naturalistes et médecins allemands à Dantzig, XXIe section (*Archiv. f. Ohrenh., XVII, p.* 217).

Gellé (*Gaz. Méd. de Paris*, 1878) admet que la section du trijumeau excerce une influence sur la vascularisation de la caisse. L'auteur a vu, sur 18 cas de section du nerf, qu'il survenait dans la paroi osseuse un exsudat tantôt séreux, tantôt purulent, tantôt hémorragique. Les animaux survivaient de 4 à 15 jours après l'opération. Dans une seconde sério d'expériences, la racine du trijumeau fut divisée dans le bulbe; 9 fois sur 10, il y avait des altérations de la muqueuse tympanique; 2 fois hyperhémie et imbibition, 7 fois épanchement séreux ou hémorragique. Dans les 3/5 des cas, mais à un degré plus faible, la même altération se produisit du côté sain. L'extirpation du ganglion cervical supérieur et l'arrachement du glosso-pharyngien ne produisaient rien de semblable. L'auteur admet donc que la muqueuse tympanique des lapins n'est pas influencée par les lésions du sympathique et du glosso-pharyngien, tandis que les lésions du trijumeau y produisent des altérations inflammatoires. R. CALMETTES.

Ulcération réflexe du conduit auditif avec perforation de la membrane tympanique à la suite de carie dentaire, par Charles-H. BURNETT (*American Journal of Otology, t. II, p.* 4).

Chez une femme de 40 ans, atteinte depuis quelques mois, d'otorrhée avec douleurs dentaires fréquentes sans diminution notable de l'ouïe, on trouvait la membrane tympanique perforée dans son quart postéro-supérieur où siégeaient quelques petites granulations. Tout auprès la paroi postérieure présentait une ulcération recouverte de pus. L'extraction des deux molaires cariées amena une guérison définitive qu'on n'avait pu jusque-là obtenir directement. R. C.

I. — Ueber die histologischen Veränderungen des Labyrinths bei der hæmorrhagischen Pachymeningitis (Hematoma dura-matris) (Altérations histologiques du labyrinthe dans la pachyméningite hémorragique), par MOOS (*Zeitschrift für Ohrenh., IX, p.* 97, 1880).

II. — *Idem* (*Ibidem X, p.* 102, 1881).

I. — Le malade atteint de paralysie générale avec délire des grandeurs et hallucinations de l'ouïe, avait eu trois attaques de paralysie entraînant un affaiblissement de l'ouïe. A l'autopsie on trouva sur la face interne de la dure-mère de nombreuses fausses membranes grises mais sans foyer hémorragiques récents. Il y avait d'abondants foyers hémorragiques microscopiques le long des nerfs et des veines, par exemple dans l'utricule, le canal de Rosenthal, entre les feuillets de la lame spirale osseuse, entre le vaisseau spiral et la zone dentelée, en général plus à gauche qu'à droite; ils étaient à différentes périodes de résorption et de désagrégation pigmentaire, tandis que le labyrinthe droit présentait des symptômes d'atrophie et de

dégénérescence. De plus, dans le labyrinthe gauche il y avait une infiltration de petites cellules dans les cavités membraneuses, c'est-à-dire des symptômes d'inflammation. Congestion intense; à gauche, les artères du rocher offraient une infiltration cellulaire de leurs parois, et à droite un épaississement simple.

Le vaisseau spirale gauche était partiellement oblitéré. On trouvait en outre des embolies graisseuses capillaires que l'auteur regarde comme accidentelles. La dégénérescence était surtout manifeste dans le rocher droit, les cellules revêtant les parties molles du labyrinthe étaient en dégénérescence graisseuse et desquamées; les gouttelettes graisseuses occupaient aussi ces parties molles sous forme de foyers, de même dans les canaux demi-circulaires et leurs ampoules on trouvait une dégénérescence graisseuse avec désagrégation et chute de l'éphithélium. Les nerfs très mous présentaient tous les degrés de l'atrophie. Les cellules terminales des crêtes acoustiques étaient par suite hyalines et sans noyau. Il en était de même pour quelques cellules ciliées externes de l'organe de Corti. Enfin dans l'épithélium des canaux demi-circulaires et dans son substratum conjonctif, on trouvait des globes hyalins spéciaux semblables à ceux que Recklinghausen et Wieger ont décrit dans la dégénérescence hyaline des ganglions lymphatiques. Suivant Moos, toutes ces altérations doivent être attribuées à des hémorragies par diapédèse qui accompagnent les hémorragies méningées et qui en se répétant souvent peuvent entraîner l'abolition de la fonction.

II. — Ce deuxième cas diffère du précédent en ce que la maladie ayant été beaucoup plus courte, on ne trouva à la face interne de la dure-mère qu'une faible couche couleur de rouille.

Les lésions labyrinthiques étaient aussi très différentes. Dans le cas précédent, il n'y avait pas d'hémorragies macroscopiques, on en trouvait ici en différents points, par exemple sur la paroi inférieure de la portion transversale du canal de Fallope et au voisinage des nerfs auditifs dans le méat auditif interne. Quant aux hémorragies microscopiques, elles siégeaient entre les faisceaux du nerf vestibulaire près de son origine, et dans tout le nerf cochléaire jusqu'à son entrée dans le limaçon.

La dégénérescence pigmentaire considérable dans le 1er cas à cause des hémorragies répétées, était peu marquée ici où il s'était fait une hémorragie unique ; de plus, les vaisseaux du labyrinthe n'étaient normaux et les hémorragies n'étaient dues qu'à des troubles circulatoires. La courte durée et le faible degré de la maladie expliquent l'absence d'inflammation du labyrinthe et d'atrophie, le nerf et ses expansions terminales, la lame basilaire, l'organe de Corti étaient normaux. Le retour des parties à leur état normal et la disparition des troubles fonctionnels étaient donc parfaitement possibles.

R. C.

Ueber das Vorkommen von zwei Ampullen aus dem äusseren (horizontalen) Bogengange des knöchernen Labyrinthes (Existence de 2 ampoules sur le canal demi-circulaire horizontal du labyrinthe osseux), par LEO GERLACH (*Sitzungsberichte der physicalisch-medicinischen Societät in Erlangen. Séance du* 10 *nov.* 1879).

Sur un temporal gauche (Homme) l'extrémité postérieure du canal demi-circulaire externe à son embouchure dans le vestibule avait subi une dilatation ampullaire. L'auteur suppose que le canal membraneux présentait la même anomalie. Il ne put examiner le temporal droit. R. C.

Myryngodectomie par formation d'un lambeau à base supérieure adhérente et à sommet inférieur libre, par PAQUET (*Bulletin de la société de chirurgie, p.* 332, 1881).

Dans un certain nombre de cas où l'incision simple de la membrane du tympan est devenue insuffisante soit pour l'évacuation d'un pus concret, soit pour remédier aux lésions de l'otite scléreuse et aux adhérences de la caisse, soit enfin dans les faits rares d'oblitération de la trompe, il est indispensable de pratiquer sur la membrane du tympan une opération qui consiste à tailler dans cette membrane un lambeau que l'on puisse réséquer en totalité ou en partie de manière à produire une perforation durable. L'auteur préconise un lambeau triangulaire à base supérieure adhérente, passant à peu près au niveau d'une ligne horizontale menée par l'apophyse externe du marteau et à sommet inférieur libre situé au pôle inférieur de la membrane tympanique. Ce lambeau est limité par 2 incisions, l'une antérieure, l'autre postérieure. L'incision antérieure se pratique dans le segment antérieur de la membrane et permet de sectionner le tendon du muscle tenseur du tympan dont la rétraction est fréquente dans l'otite scléreuse ; l'incision postérieure commence à 2 millimètres en arrière de l'apophyse du marteau au-dessous du repli postérieur de Trœltsch par conséquent au-dessous de la corde du tympan que l'on ne risque guère de blesser ; après avoir marché parallèlement au bord postérieur du manche du marteau, cette incision postérieure se dirige en bas et en avant, pour se diriger au point final de l'incision antérieure, c'est à dire au pôle inférieur de la membrane tympanique.

Les avantages de ce procédé sont :

1° D'être d'une exécution beaucoup plus facile que ceux de Wreden et de Miot ;

2° De terminer le lambeau dans une position déclive, près du cul-de-sac inférieur de la caisse ;

3° De permettre mieux que tout autre procédé le glissement du synéchotome dans la caisse et son action destructive sur les adhérences ;

4° De rendre facile l'excision d'une portion de lambeau combinée ou non avec la résection d'un portion variable du manche du marteau, résection que l'on peut pratiquer avec l'instrument de Wreden ou celui de Duplay.

L. JULLIEN.

Ivory exostosis in both ears successfully removed by operation (Exostoses éburnées du conduit auditif extirpées avec succès), par George FIELD (*The Lancet*, 8 *et* 15 *janvier* 1881).

L'auteur rappelle qu'il existe deux formes principales d'exostose du conduit auditif externe. Les unes, plus fréquentes, sont formées d'un tissu spongieux, recouvert d'une mince lame de tissu compact. Très sensibles à la pression elles sont d'une consistance faible et peuvent être aisément enlevées à l'aide d'une vrille et d'un levier. Les autres, beaucoup plus rares, formées d'un tissu éburné, sont habituellement indolentes, et n'ont d'autre inconvénient que la surdité qu'elles entraînent;

elles se développent aux dépens de la paroi postérieure du conduit et finissent par l'obstruer entièrement; elles sont ordinairement bilatérales, et paraissent succéder à une sorte d'irritation lente comme celle qui est causée par les bains de mer trop fréquents ; leur excessive dureté les rend inattaquables par la plupart des instruments ordinaires. L'auteur eut l'idée d'employer le perforateur des dentistes américains, instrument très puissant qui permet de percer un trou à la base d'une exostose de ce genre et de l'agrandir peu à peu ; ce travail est très pénible et demande les plus grandes précautions. Dans l'observation rapportée par Field, l'extirpation des deux tumeurs nécessita cinq séances, de quarante à cinquante minutes chacune, pendant lesquelles il fallut maintenir le malade sous l'influence du chloroforme. Pendant la dernière séance l'instrument ayant glissé légèrement, la membrane du tympan fut perforée, et le nerf facial probablement effleuré à son passage dans l'aqueduc de Fallope, car il survint un peu de paralysie faciale. Ces accidents n'eurent d'ailleurs pas de suites fâcheuses, et le malade recouvra l'ouïe entièrement. H. BARTH.

Beitrag zur pathologischen Histologie des Ohrknorpels (Contribution à l'histologie pathologique du cartilage auriculaire), par J. POLLAK (*Monatschr. für Ohrenh.*, *p.* 7, 1879).

Quelques sujets non aliénés, présentent sur la portion cartilagineuse du conduit auditif et principalement sur l'anthélix des nodosités variant du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille ; l'auteur a pratiqué après leur mort l'examen histologique du cartilage de l'oreille. Ces nodosités présentaient sur une coupe à l'œil nu des altérations manifestes du cartilage réticulé qui offrait même de véritables excavations. La structure du cartilage correspondait en général à la description de Parreidt et L. Meyer, c'est-à-dire qu'il existait de la chondromalacie à la première période, métamorphose hyaline et désagrégation fibrillaire, à la deuxième liquéfaction et apparition de cavités. Mais sur d'autres préparations, l'aspect était tout différent. On constatait bien encore une fragmentation du cartilage, mais rien de plus. En outre, il était parcouru suivant son âge par une cavité à bords dentelés irréguliers et remplis complètement par un cordon bordé de fibres élastiques ondulées, parallèles et offrant la structure du tissu conjonctif; au centre de ce cordon, il existait une traînée sombre ayant comme largeur le quart de celle du cordon : il était impossible de décider si c'était un vaisseau. Contrairement à la description de Gudden, concernant les proliférations conjonctives dans le cartilage de l'oreille, en aucun point de la coupe longue de près d'un demi-centimètre, ce cordon n'était en connexion avec le périchondre, d''ailleurs parfaitement sain. R. C.

Fibro-sarcome de l'oreille, par BURKHARDT-MERIAN (*Arch. f. Ohrenh.*, *t. XIII*, *p.* 11).

Homme de 66 ans; otorrhée à droite, douleurs extrêmement violentes. Le canal auditif externe est obturé par une tumeur descendant de la paroi supé-

rieure. Acuité auditive — 0. Le diapason appliqué sur le crâne est entendu à gauche. Cautérisation à l'acide chromique; puis le canal ainsi formé est dilaté par la laminaire, mais les douleurs forcent de suspendre le traitement. Insommie; idées de suicide, mastoïde tuméfiée, sensible à la pression; curage du canal auditif externe après anesthésie et perforation de l'apophyse que l'on trouve sclérosée. Diagnostic au microscope : sarcome à petites cellules. Nouvelle dilatation par la laminaire après le curage; on constate que la membrane tympanique manque et que des granulations naissent du promontoire. Mort au bout d'un an par pneumonie. Autopsie : conduit cartilagineux très rétréci par des masses conjonctives circulaires; conduit osseux très dilaté; carie de la paroi supérieure; conservation de la membrane de Shrapnell à laquelle adhère le marteau nécrosé; promontoire carié et fistuleux; antre mastoïdien gros comme un pois, sans pus, le sinus pétreux supérieur renferme un thrombus en transformation conjonctive s'étendant jusqu'au golfe jugulaire. La tumeur naissait de la dure-mère immédiatement au-dessus de l'abouchement du sinus pétreux inférieur dans le golfe jugulaire, puis formant un cordon arrondi elle pénétrait dans l'aqueduc du vestibule dilaté au-dessus du plancher du méat auditif interne d'où une ramification formait à droite une tumeur grosse comme un haricot dans le vestibule agrandi. A gauche, une autre ramification se rendait jusqu'à la tunique adventice de la carotide interne avec laquelle elle se soudait, en voyant de là un revêtement membraneux à la partie interne et supérieure du limaçon à moitié nécrosé et rejoignant la dure-mère par un cordon mince passant au-dessus du méat auditif intérieur. Cette tumeur présentait au microscope du tissu conjonctif à noyaux, renfermant en certains points d'abondantes cellules fusiformes (fibrosarcome).

Pendant tout le cours de la maladie, on n'observa pas de paralysie faciale, pas de vertige. La thrombose ancienne, qui ne donna lieu à aucun symptôme, s'était produite certainement à l'époque où la tumeur avait fait éclater la coque du vestibule du côté de la dure-mère. R. CALMETTES.

Perforation of membrana tympani from ascaris lumbricoides (Perforation de la membrane du tympan par des lombrics), par Lewys W. REYNOLDS (*The Lancet, vol. II, p.* 653, 1880).

Une femme de 35 ans avait eu des vomissements avec rejet de lombrics. Quelques jours plus tard elle était prise de douleurs vives des oreilles avec otorrhagie légère. En examinant, on aperçut de chaque côté un lombric en partie engagé dans le conduit externe. Ils furent extraits, mais d'autres se montrèrent le lendemain en même temps que plusieurs furent rejetés par les fosses nasales.

Il faut admettre que, lancés brusquement par le vomissement jusque dans la partie supérieure du pharynx, ils s'étaient portés de là, les uns vers les fosses nasales, les autres par la trompe d'Eustache jusque dans l'oreille.

V. CAMPENON.

REVUE GÉNÉRALE.

DES RÉFLEXES TENDINEUX,

Par H. RENDU.

Consulter dans la *Revue des sciences médicales :*

BURKHARDT, *XII*, p. 433, 1878. — MAC LANE HAMILTON, *XIV*, p. 141, 1878. — STRUMPELL, *XV*, p. 162, 1879. — GOWERS, *XVI*, p. 789. — RENDU, *XVI*, p. 789. — CHARCOT, *XVI*, p. 380.

Consulter, en outre, les travaux suivants.

DES RÉFLEXES TENDINEUX, **par Petitclerc** (*Thèse de Paris*, 1880). — ON MUSCULAR SPASMS KNOWN AS TENDON REFLEX, **par Aug. Waller** (*Brain, p.* 179, *juillet* 1880). — UEBER SEHNEN REFLEXE UND IHRE BEZIEHUNG ZUM MUSKELTONUS, **par H. Senator** (*Arch. für Anat. und Physiol., Heft* 3, 1880). — THE DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF THE TENDON REFLEX, **par Bannister** (*Chicago journ. of nerv. and mental diseases, V, p.* 656, 1878). — UEBER SEHNENREFLEX, **par O. Berger** (*Centralbl. für Nervenh.*, 1879). — DIE DIAGN. BEDEUTUNG DER REFLEXE, **par Rosenbach** (*Centralbl. für Nervenheilk., n°* 9, 1879).— DAS VERHALTEN DER REFLEXE BEI SCHLAFENDEN, **par le même** (*Zeitschr. für klin. Medic. t. I, p.* 358, 1879). — URSPRUNG UND BEDEUTUNG DES KNIEPHŒNOMENS, **par Tschiriew** (*Arch. f. Psych. und Nervenk., VIII, Heft* 3, *p.* 18). — TENDON REFLEX, **par Alex. James** (*Edinb. med. journ., p.* 144 *et* 315, 1880. — THE PATELLAR TENDON REFLEX, **par Byrom Bramwell** (*Med. Times and Gaz.*, 4 *oct.* 1879). — OVER REFLEX PRIKKELBAARHEID EN PEES REFLEXEN AAN DE VERLAMDE ZIGDE NA CEREBRALE HEMIPLEGIEN, **par G. Ter Meulen** (*Amsterdam*, 1879). — DES RÉFLEXES TENDINEUX, **par Brissaud** (*Progrès méd.*, 1880; *Thèse de Paris*, 1880). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RÉFLEXE TENDINEUX, **par J.-L. Prévost** (*Revue méd. de la Suisse romande, n°* 1, 2 *et* 3, 1881). — NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LES PHÉNOMÈNES NOMMÉS RÉFLEXES TENDINEUX, **par J.-L. Prévost et A. Waller** (*Revue méd. de la Suisse romande, n°* 6, 15 *juin* 1881). — UEBER DAS KLINISCHE BILD DER SECUNDAREN DEGENERATIONEN DER CORTICO MUSCULAREN LEITUNGSBAHNEN, **par Michael Lion** (*Zeitsch. f. klin.*

Med., *t. II*, *p.* 310, 1880). — De la trépidation épileptoïde, par **Joffroy** (*Arch. de phys.*, *p.* 470, 1881). — Note sur le réflexe tendineux dans la paralysie générale des aliénés, par **A. Joffroy** (*Arch. de Physiol.*, *p.* 474, 1881). — Des réflexes tendineux, revue par **Dreyfus-Brissac** (*Gaz. hebdom.*, *n°* 48, 1880). — Du réflexe tendineux, revue critique, par **Ollive** (*Revue de médecine*, *avril* 1881). — Duchenne's palsy and the patellar tendon reflex, par **H. Donkin** (*Brit. med. Journ.*, *p.* 734, *mai* 1880). — The tendon reflex in the insane, par **Schaw** (*Arch. of Medic.*, *août* 1879). — O. Odruchach Sciegnistich pod Wzledem fizyologycznym i klinicznym, par **Maurycy Mendelssohn** (*Varsovie*, 1880). — On tendon reflex in the diagnosis of diseases of the spinal cord, par **Buzzard** (*The Lancet*, 1878. — 18 *janvier* 1879. — 10 *janv.*, 14 *février* 20 *mars* 1880, *novembre et décembre* 1880). — A Study of so called tendon reflex, par **W.-R. Gowers** (*Medico chirurg. Transactions*, *LXII*, p. 269). — Du réflexe tendineux et de sa valeur séméiologique dans le diagnostic des maladies de la moelle, par **Buzzard** (*The Lancet*, 27 *novembre* 1880.) — De la suspension et de l'exagération des réflexes sous l'influence des anesthésiques et des hypnotiques, par **Eulenburg** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, 1881). — Note sur l'état de la réflectivité spinale dans la fièvre typhoïde, par **Ballet** (*Progrès médical*, 8-15 *octobre* 1881).

L'étude du réflexe tendineux a pris dans ces derniers temps une réelle importance en névrologie, et de nombreux travaux ont été publiés, surtout en Allemagne, sur cette question née d'hier.

Tous les médecins connaissent, depuis les mémoires de Erb et de Westphal, le phénomène du genou, ou réflexe patellaire. On l'observe également au membre supérieur sur le tendon du triceps et sur ceux des fléchisseurs des doigts ; à la jambe, sur le tendon d'Achille : c'est donc un fait général, qui est seulement beaucoup plus marqué au genou. Cependant il faut savoir, ainsi que l'a montré O. Berger par de patientes statistiques, que la facilité de provoquer les réflexes tendineux varie à l'état physiologique suivant les dispositions individuelles. Ses recherches ont porté sur 1,409 personnes non malades, et il a vu 22 fois le réflexe manquer. Mais, en somme, la proportion est très faible, et elle n'est pas la conséquence de l'âge, car Eulenburg a prouvé qu'elle ne manque pour ainsi dire jamais chez les enfants les plus jeunes (*Zeitsch. f. prakt. Med.*, 1878).

Dès le début de la découverte du phénomène du genou, deux opinions antagonistes se sont trouvées en présence. Il était facile de voir que l'excitation partait bien du tendon, et non de la peau ou de l'articulation du genou ; mais, pour Westphal, il s'agissait de l'influence directe de la percussion sur la fibre musculaire et tendineuse, tandis que pour Erb c'était le résultat d'un acte réflexe. Cette dernière opinion est celle qui a prévalu en France, et que défendent M. Charcot et ses élèves. Ils s'appuient sur ce que le phénomène du genou, dans certaines circonstances peut se produire quand on excite la peau ou quand on percute le tibia.

M. Joffroy, dans une note récente, vient de soutenir cette opinion par des arguments cliniques convaincants. Il a eu l'occasion de voir chez des malades le phénomène du tendon se produire sous l'influence de la

plus légère excitation cutanée et dégénérer en une véritable trépidation épileptoïde : de même, en relevant la pointe du pied, on produit une trépidation limitée à la jambe, mais susceptible de se propager au membre opposé, comme les actes réflexes expérimentaux sur des grenouilles décapitées. Enfin, à certains jours, il suffit de la plus légère excitation cutanée, l'application d'un peu d'eau froide sur la jambe, par exemple, pour provoquer la trépidation épileptoïde et le phénomène du tendon, qui sont deux symptômes de même ordre.

Quels sont les nerfs périphériques dont l'excitation devient le point de départ du tremblement épileptoïde ? Le plus ordinairement, à coup sûr, ce sont les nerfs des tendons et des muscles, surtout ces derniers ; mais ceux de la peau, dans des circonstances données, peuvent jouer le même rôle. Le phénomène du tendon, bien qu'analogue dans son essence, est cependant différent, car il ne paraît pouvoir être déterminé que par la percussion du tendon et non par l'excitation cutanée. Mais la trépidation épileptoïde est mise en jeu par l'exagération de la réflectivité des deux systèmes sensitifs: celui de la peau et celui des muscles.

Les physiologistes sont venus à leur tour apporter le concours de l'expérimentation pour interpréter le phénomène. Sans parler des expériences déjà anciennes de Schultz et Fürbringer (*Centralblatt*, 1875), qui ont montré qu'en supprimant le nerf crural chez un lapin on abolit le réflexe rotulien, tout en maintenant intacte la contraction idio-musculaire; d'autres observateurs ont cherché à suivre le trajet de l'arc réflexe émané du tendon et à en calculer la longueur. Pour cela, ils ont noté minutieusement le temps nécessaire à la production du réflexe rotulien. Burkhardt est le premier qui, au moyen d'un appareil enregistreur, ait mesuré l'intervalle qui sépare la percussion du tendon de la contraction du muscle. Il trouva que la durée du réflexe tendineux était moindre que celle des réflexes cutanés.

Depuis, la méthode de Burkhardt a été perfectionnée. C'est ici que se placent les expériences de Tschiriew. Cet auteur montre d'abord que la section du nerf crural abolit le phénomène du genou, tandis que celle du sciatique l'exagère. De même, la section des racines postérieures des nerfs lombaires chez le lapin supprime le réflexe rotulien, tandis que la section de la moelle elle-même au-dessus du point où aboutissent les nerfs du membre inférieur l'exagère. C'est donc bien un phénomène réflexe dont le point de réflexion paraît siéger dans la région de la moelle où aboutissent les fibres du nerf crural. De plus, en mesurant sur deux malades le temps qui s'écoule entre l'excitation tendineuse et la secousse musculaire, il a trouvé de 50 à 70 millièmes de seconde, tandis que, comparativement, le temps nécessaire à la production d'une contraction par excitation musculaire directe est de 27 à 28 millièmes de seconde.

De son côté, Gowers, en Angleterre, employant également la méthode graphique, a montré qu'il s'agissait bien là d'un acte réflexe. Les tracés qu'il publie dans son mémoire montrent en effet que la contraction musculaire ne survient qu'après le temps nécessaire : 1° pour le trajet de l'impression sensitive à la moelle; 2° pour la réflexion motrice de cette impression; 3° pour la stimulation latente du muscle. Le phénomène manque, lorsque, par une lésion expérimentale ou pathologique, le sys-

tème des cornes postérieures (œsthésodique) ou des cornes antérieures cinésodique) se trouve détruit dans la moelle.

Ces résultats sont pourtant controuvés par d'autres expérimentateurs qui arrivent à une conclusion toute différente. C'est surtout Waller qui élève des objections à la théorie de l'arc réflexe rotulien.

Dans son mémoire, l'auteur compare le réflexe patellaire, qui détermine presque toujours une secousse unique de la jambe, avec le réflexe produit par la flexion angulaire du pied, qui donne lieu à une série de secousses successives des muscles de la jambe et de la cuisse. Au fond, le phénomène est le même, le mode seul et l'intensité de l'excitation varient : quand les muscles sont fatigués, on voit survenir, après la percussion du tendon rotulien, des spasmes cloniques analogues à ceux produits par le redressement du pied.

L'auteur a fait porter ses recherches sur les variations que présentent ces réflexes dans les différentes maladies du système nerveux, et sur le temps que durent les phénomènes d'excitation. Il ressort que ces résultats sont tout à fait identiques, comme le témoignent les chiffres suivants :

Excitation du tendon d'Achille : contraction du soléaire — de trois à quatre dixièmes de seconde.

Excitation du tendon rotulien : contraction du droit antérieur — de trois à quatre dixièmes de seconde.

Spasmes cloniques du pied	— 8 à 10	par seconde.
— du genou	— 8 à 10	— —

D'autre part, les spasmes cloniques musculaires sont d'autant plus accusés qu'il existe des lésions interrompant la continuité des fibres nerveuses entre l'encéphale et la moelle : l'isolement de l'axe gris accroît d'une façon notable son excitabilité.

On peut se demander si ce phénomène réflexe est entièrement périphérique on s'il est d'origine centrale. Sur ce point, les expériences précitées de Tschiriew répondent à une partie de la question : il est évident que la moelle y prend part. Mais il reste des points obscurs : en effet, l'intervalle de latence entre la stimulation et la contraction musculaire est supérieur à la valeur de la latence musculaire directe, mais inférieur à celle d'un acte nerveux réflexe ordinaire. En calculant la vitesse de l'influx nerveux d'après les données de Helmholtz, on devrait trouver un intervalle de temps un peu plus considérable. L'auteur en conclut que la percussion d'un tendon est un mode de stimulation spécial de la fibre musculaire, qui ne correspond nullement ni à l'excitation galvanique ou faradique du muscle ou du nerf, ni à l'excitation spéciale de la fibre musculaire. Il peut se faire que dans quelques cas pathologiques, ces divers modes de stimulation puissent se trouver dissociés : par exemple, dans telle forme de paralysie, l'excitabilité galvanique ou faradique du muscle peut disparaître, alors que la contraction idio-musculaire persiste. De même, le réflexe tendineux peut manquer, bien que le muscle réponde à l'électrisation ou à la percussion directe.

En résumé, l'auteur n'accepte point la théorie généralement admise, à savoir : que les spasmes cloniques et le phénomène du tendon sont l'expression d'un arc nerveux réflexe. Il pense que le rôle de la moelle se

borne à exagérer un mode d'excitabilité spécial, l'excitabilité tendineuse.

Ces objections ne paraissent pas suffisantes à Buzzard pour faire rejeter la théorie réflexe. Cet auteur pense qu'il peut y avoir des causes d'erreur dans l'expérimentation : d'ailleurs on conçoit aisément qu'il faille moins de temps pour conduire l'impression sensitive à la moelle, lorsqu'un choc brusque atteint un organe tel qu'un tendon, où aboutissent de nombreux filets nerveux. La persistance des réflexes cutanés dans l'ataxie locomotrice, coïncidant avec la suppression des réflexes tendineux, montre que les deux modes de sensibilité diffèrent.

Pour se mettre à l'abri des causes d'erreur, M. Brissaud a repris en 1880 ces expériences, et au moyen d'un instrument perfectionné, construit d'après les indications de François Franck, il a enregistré graphiquement les caractères du réflexe rotulien. Il est arrivé aux résultats suivants : le chiffre du temps réflexe est de 50 millièmes de seconde environ chez l'homme sain. Dans les états pathologiques, la contraction réflexe peut être ralentie, d'autres fois accélérée : elle a dans tous les cas beaucoup plus d'amplitude et elle offre un polycrotisme spécial, qui prouve en faveur de la nature spasmodique des contractions réflexes. Pour lui, ces caractères ne sont nullement ceux fournis par la contraction idio-musculaire, conséquence de la percussion directe du muscle ; le temps de cette dernière est beaucoup plus court. En résumé, les graphiques de M. Brissaud semblent prouver la nature réflexe du phénomène du genou. C'est aussi la conclusion à laquelle arrive M. Ter Meulen dans une thèse soutenue, en 1879, à Amsterdam.

Les recherches de Senator confirment ces données physiologiques.

Comme Tschiriew, il a vu la section de la moelle, entre la 5e et la 6e vertèbre lombaire, faire cesser le réflexe rotulien. L'hémisection latérale de la moelle à ce niveau suspend le réflexe seulement dans le membre du côté correspondant. Il n'y a donc point entrecroisement des éléments nerveux par l'entremise desquels se produit le réflexe. La destruction ou la section des cordons postérieurs est sans influence sur le phénomène. La section d'un cordon latéral entre la 5e et la 6e vertèbre lombaire fait disparaître le réflexe dans la jambe du même côté. La section des cornes postérieures ne fait pas disparaître le réflexe tendineux. Il est à remarquer que les réflexes tendineux ne se produisent que par la seule excitation mécanique : les excitants électriques, chimiques, thermiques sont sans action sur leur production. Senator pense qu'à la limite du muscle et du tendon se trouvent certaines fibres nerveuses centripètes qui, une fois excitées, agissent d'une part sur la tonicité musculaire, de l'autre sur le réflexe tendineux.

Enfin, dans des expériences récentes, M. Prévost et Waller viennent de confirmer la réalité de l'arc réflexe et de mettre en relief sa voie de transmission. Ils sont arrivés à la conclusion que le réflexe tendineux ne se comporte pas comme les réflexes cutanés habituels. En percutant le tendon rotulien, on constate que le mouvement du membre se transmet au membre opposé : c'est un mouvement d'ensemble qui ne provient pas d'une contraction isolée du muscle droit de la cuisse. Quand, par la section du nerf crural et du nerf sciatique, on supprime chez le lapin l'innervation de l'un des membres postérieurs, ou, ce qui revient au

même, quand on sectionne les racines du plexus lombo-sacré, on peut constater, en percutant le tendon rotulien de ce membre énervé, que le phénomène du genou a disparu de ce côté, mais que le mouvement transmis de l'autre côté subsiste, comme avant la section des nerfs, sans diminution d'intensité.

Ces expériences prouvent que l'intégrité de la moelle est nécessaire à la production du mouvement transmis dans le membre opposé, comme c'est le cas pour le phénomène du genou du côté percuté ; mais elles prouvent aussi que ce n'est pas un véritable mouvement réflexe du membre opposé, car l'arc réflexe a été détruit par la section des nerfs. Il faut admettre qu'il y a une excitation des muscles et des tendons du membre dans lequel se produit le mouvement, provoqué probablement par les vibrations de la percussion qui lui sont transmises. Cette transmission est bien sous la dépendance de la moelle, car elle disparaît quand on anémie celle-ci au moyen de la compression de l'aorte. Mais elle n'est pas directement provoquée par l'excitation des nerfs du tendon percuté, puisque le membre percuté a été préalablement énervé.

Si nous cherchons à résumer cette question de physiologie assez obscure, nous voyons que les phénomènes tendineux sont évidemment le résultat d'actions réflexes ; ils ont pour origine les nerfs aponévrotiques (de Sachs et de Tschiriew) placés entre le muscle et le tendon : ces nerfs se rendent avec les racines postérieures aux cellules æsthésodiques de la moelle. Pour M. Charcot, l'arc réflexe est complété par les cellules motrices et les racines antérieures des nerfs : peut-être également faut-il faire intervenir l'action directe d'une sorte d'ébranlement musculaire produit par la percussion ? Mais ce qu'il faut retenir, c'est que l'arc réflexe tendineux n'est pas le même que l'arc réflexe cutané. Les réflexes cutanés peuvent être abolis alors que les tendineux s'exagèrent (hystérie), ou réciproquement (ataxie locomotrice). Ceci a une grande importance pour la saine interprétation des faits cliniques.

M. Buzzard a récemment fait une remarque intéressante ; c'est que la sensibilité réflexe tendineuse n'est pas plus en rapport avec l'état de la contractilité idio-musculaire que de la sensibilité réflexe cutanée. Ainsi il a constaté que dans l'ataxie, à côté de la suppression du réflexe rotulien, il y a souvent une exagération évidente de la contractilité idio-musculaire. Par contre, celle-ci est fréquemment diminuée dans des cas où l'excitabilité des tendons est portée à son maximum, dans la paralysie spastique, par exemple. Nous avons constaté récemment la même opposition entre l'excitation du muscle et celle du tendon chez un malade atteint de tremblement mercuriel.

Valeur séméiotique du réflexe tendineux.

Faits dans lesquels le réflexe se supprime. — Le cas le plus net est l'ataxie locomotrice. Depuis 1878, Westphal a signalé cette particularité clinique, d'autant plus importante que c'est un signe précoce de la maladie qui peut la faire reconnaître alors que l'incoordination ne s'est pas encore montrée. Tous les névropathologistes ont confirmé les vues de Westphal. Si nous nous reportons à la physiologie pathologique du

symptôme, nous comprendrons aisément que l'absence du réflexe est en rapport avec la dégénérescence des cordons postérieurs.

M. Joffroy vient indirectement de confirmer ce rapport, en montrant que dans la paralysie générale à forme spinale, où les cordons postérieurs sont touchés de préférence, les réflexes font défaut comme dans l'ataxie. En examinant à ce point de vue une série de paralytiques généraux, il a vu que le réflexe était conservé chez ceux qui n'offraient que des symptômes cérébraux, tandis qu'il était aboli chez ceux qui avaient en même temps des douleurs spinales et de l'affaiblissement des membres. De même Schaw a constaté sur dix aliénés trois fois l'abolition du réflexe tendineux : c'est donc un signe qui peut dans une certaine mesure, indiquer le degré d'envahissement de la moelle dans la paralysie générale.

Le groupe des myélites systématiques antérieures, avec destruction des cellules motrices, s'accompagne également de diminution, puis de suppression du réflexe rotulien : résultat facile à prévoir si l'on se reporte aux expériences de Tschiriew. Erb a montré que la percussion du tendon rotulien ne provoque aucune secousse chez les enfants atteints de paralysie infantile ; il en est de même de la poliomyélite antérieure subaiguë (Leyden).

Dans la paralysie pseudo-hypertrophique, Gowers, et plus récemment Donkin, ont signalé l'abolition du réflexe patellaire, non seulement à la période tabétique de la maladie, mais au début des premiers accidents. Ce fait clinique appelle de nouvelles recherches.

Byrom Bramwell a cherché à réunir dans une formule simple les divers cas qui peuvent modifier les résultats de l'exploration du réflexe tendineux dans les maladies de la moelle. Pour lui, le réflexe fait défaut lorsque les régions de la moelle correspondant aux 2e 3e et 4e nerfs lombaires sont lésées ; au contraire, il est exagéré toutes les fois que la portion lombaire de la moelle, encore intacte, est séparée des portions supérieures et du cerveau, lorqu'il existe des lésions primitives ou secondaires des cordons latéraux ou une sensibilité exagérée de la substance grise de la moelle. Il semble donc admettre que le cerveau agit sur l'axe spinal à l'état physiologique pour diminuer l'excitabilité réflexe : résultat auquel est arrivé aussi de son côté Rosenbach en étudiant les réflexes chez les enfants endormis.

Cette sorte de loi formulée par Byrom Bramwell trouve assez exactement sa confirmation dans les faits cliniques où les réflexes tendineux s'exagèrent.

Une des affections où ce symptôme est le plus nettement observé est la *sclérose en plaques*. On sait que MM. Vulpian et Charcot, dès 1862, y constataient la trépidation épileptoïde, phénomène analogue. Depuis, tous les auteurs ont insisté sur l'exagération des réflexes qui devient parfois le symptôme prédominant (Obs. de Rendu, *France médicale*, 1880). M. Charcot considère cette exagération du réflexe comme d'une très haute importance dans les cas frustes : pourtant, après avoir été très manifeste, ce signe peut faire défaut quand une plaque de sclérose a envahi les racines postérieures lombaires et rompu la continuité de l'arc réflexe.

Le *tabes dorsal spasmodique*, ou paralysie spastique de Erb, se ca-

ractérise également par l'exaltation des réflexes tendineux à un haut degré. C'est dans cette affection qu'il suffit de percuter légèrement le tendon pour voir une série de contractions brusques se faire, non seulement sur la jambe correspondante, mais sur le membre opposé. On en trouvera dans la thèse de Bétous et dans celle de Petitclerc des exemples remarquables.

La *sclérose latérale amyotrophique* offre les mêmes particularités cliniques, résultat facile à prévoir, puisque dans le tabes spasmodique les faisceaux latéraux sont également en jeu. L'atrophie de la moelle cervicale, et même du bulbe, ne supprime pas l'excitabilité réflexe de la région lombaire et le phénomène persiste jusqu'à la fin. Il en est de même des myélites produites par compression de la moelle (pachyméningites, mal de Pott, etc.), et dans lesquelles les cordons latéraux subissent la dégénérescence.

Ce qui prouve bien que ce sont les cordons latéraux qui ont la majeure influence sur le phénomène, c'est ce que nous voyons dans les faits de contracture secondaire aux affections du cerveau. En même temps qu'apparaît ce phénomène, on voit se produire le réflexe tendineux et même la trépidation épileptoïde. Dans quelques cas M. Déjerine a vu les phénomènes spasmodiques réflexes gagner le côté sain, comme si la sclérose descendante se propageait du cordon latéral malade à son congénère. Brissaud a mesuré le temps réflexe chez les hémiplégiques contracturés et il a vu qu'il était beaucoup plus court (de 5 à 10 millièmes de seconde) du côté paralysé que de côté sain. La contraction des muscles, sous l'influence de la percussion du tendon, est également plus soudaine et plus intense que dans les conditions normales, ce qui prouve l'excitabilité insolite de la moelle chez ces malades.

Les recherches récentes de Michael Lion aboutissent au même résultat. Dans les cas de dégénération secondaire douteuse chez les hémiplégiques, il a trouvé que l'exagération des réflexes tendineux fournit un signe important. Ces réflexes exagérés intéressent tantôt un groupe musculaire, tantôt un autre : c'est le phénomène lui-même qui a de la valeur, bien plutôt que son siège. La cause prédisposante de la contracture, en pareil cas, serait l'hyperexcitabilité des centres médullaires du côté malade, la cause occasionnelle serait l'excitation provenant du côté sain.

Dans le même ordre de faits se placent les névroses avec contracture, dont l'hystérie est le type. Chez les hystériques, on voit les réflexes tendineux presque toujours exagérés du côté anesthésique, bien que les réflexes cutanés soient nuls : ils atteignent leur maximum d'intensité dans le cas de contracture et peuvent même servir à faire prévoir l'apparition de cette dernière.

M. Straus (thèse de Petitclerc) a vu plusieurs fois l'exagération du réflexe chez les choréiques.

Dans les maladies aiguës, qui atteignent les centres nerveux, l'étude de ce symptôme fournit des résultats beaucoup moins nets : ainsi les malades atteints de fièvre typhoïde ont ordinairement le réflexe conservé, mais souvent aussi aboli, ce qui pourrait s'expliquer, d'après Petitclerc, par l'hyperthermie qui altère la fibre musculaire. Il en est de même de la variole et de la diphthérie : dans ces affections il est rare de constater l'existence du réflexe tendineux.

L'étude de la réflectivité de la moelle, dans la fièvre typhoïde, vient d'être tout récemment complété par M. Ballet. Cet auteur a examiné dans ce but spécial 17 malades : dans 7 cas il a trouvé une exagération prononcée de tous les réflexes, dans 7 autres, plutôt une exagération qu'une diminution, avec cette particularité que le réflexe du pied était surtout augmenté. Dans les 3 derniers cas, les réflexes étaient normaux. En dépouillant les 7 premiers cas, on voit que les conditions cliniques des malades étaient fort différentes : Tantôt c'étaient des formes ataxo-adynamiques, tantôt des cas réguliers, d'autres fois des convalescents : le sexe n'a aucune influence, car des 7 malades 5 étaient des femmes et 2 des hommes. Aussi M. Ballet est-il porté à croire que dans la majorité des cas de fièvre typhoïde la réflectivité de la moelle est aucune.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1881.

A

Abcès. — Du traitement des abcès ossifluents par la méthode de Lister, par TOULOUSE. (*Thèse de Bordeaux*, 5 août.) — Traitement des abcès chauds par les injections d'alcool, par E. BLANC. (*Thèse de Paris*, n° 160.) — Abcès sous-diaphragmatique ouvert dans les poumons. Guérison, par STARCKE. (*Berliner klin. Woch.*, 10 octobre.) — Abcès sous-diaphragmatique dû à une péritonite consécutive à la perforation de l'appendice vermiforme. Ouverture dans les bronches, puis incision. Guérison, par PÆTSCH. (*Ibid.*, 10 octobre.) — De l'ulcération des gros troncs vasculaires dans les abcès, par BOEGEHOLD. (*Berliner klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Sur l'évacuation des abcès, par FEUERBACH. (*Berliner klin. Wochens.*, 28 février.) — Abcès froid du cou, incision, rugination de la poche, suture, réunion par première intention, par TRÉLAT. (*Soc. de chirurg.*, p. 672, 1880.)

Abdomen. — Fibrome des parois abdominales. Ouverture de la cavité abdominale pendant l'extirpation. Guérison, par LUDWIG EBNER. (*Berliner klin. Wochens.*, 13 septembre 1880.) — Tolérance de l'intestin dans un cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec blessure et hernie de l'intestin, par SCHETELIG. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) — Rapports des organes abdominaux et pelviens chez la femme, par ALEXANDER RUSSELL, SIMPSON et DAVID BERRY HART. (*Londres.*)

Absorption. — Preuve expérimentale de la faculté de résorption des vaisseaux de la peau et des poumons pour la graisse, par BUSCH. (*Verhandl. der phys. Ges. zu Berlin*, 15 octobre 1880.)

Accouchement. — De la mensuration du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue obstétrical, par CROUZAT. (*Thèse de Paris*, n° 312.) — Étude sur les positions occipito-postérieures, par G. LOCHARD. (*Thèse de Paris*, n° 244.) — Quelques-uns des phénomènes de l'accouchement envisagés au point de vue pratique, par DAVID BERRY HART. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1085, juin.) — De la poche des eaux, par SIMONI. (*Thèse de Lyon*, 25 juillet.) — Sur l'inertie utérine pendant l'accouchement, par RUET. (*Thèse de Lyon*, 27 mai.) — Les présentations du siège ou des pieds, leurs dangers et leur traitement, par OTTO KUESTNER. (*Volkmann's Sammlung*, n° 140.) — Du traumatisme de la région vagino-périnéale pendant l'accouchement, par RICARY. (*Thèse de Lyon*, 28 juillet.) — Accouchement gémellaire avec insertion vélamenteuse du cordon chez le jumeau né en état de macération, par FLAISCLHEN. (*Berliner klin. Woch.*, 29 août.) — Fait d'accouchement quadruple, par GLASER. (*Correspond.-Blatt für schweizer*

Aerzte, 15 mai.) — Accouchement précipité et infanticide, par FALK. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Med.*, p. 206, avril.) — Un cas de détachement spontané de la moitié antérieure du col utérin pendant l'accouchement, d'une primipare âgée, à bassin rétréci, par LOEHLEIN. (*Berliner klin. Wochens.*, 1er août.) — Anse destinée à l'extraction du fœtus vivant quand le siège est encore au détroit supérieur tout en se présentant le premier; corde de chanvre passée dans un tube de caoutchouc et introduite au moyen d'un crochet mousse, par BUNGE. (*Ibid.*, 1er août.) — Des douleurs anormales de l'enfantement, crampes utérines, par SPOENDLY. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er janvier.) — Des blessures de la tête et des membres produites chez les enfants, pendant l'accouchement ou la grossesse, par des violences portant sur le ventre de la mère. Leur importance en médecine légale, par SIGMUND REMBOLD. (*Stuttgart.*)

Addison (Maladie d').— Cas de maladie d'Addison, lésions fibreuses et caséeuses des ganglions semi-lunaires et des capsules surrénales, par T. BARLOW. — Cas de maladie d'Addison, lésions des capsules surrénales et du sympathique abdominal, par S. COUPLAND. (*Med. Times*, 29 janvier.)

Aérothérapie. — Contribution au traitement par inhalation au moyen d'un respirateur spécial, par RAPHAEL HAUSSMANN. (*Berliner klin. Wochens.*, 23 août 1880.) — Appareil pneumatique transportable de Zulauf, par SIEBENMANN. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 septembre 1880.) — Le traitement par inhalations dans les affections de la poitrine, de la gorge et du nez, par WITH BRUEGELMANN. (*3e édition, Cologne et Leipzig*, 1880.)

Air. — Du dosage de l'acide carbonique dans l'air, par W. HESSE. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Med.*, p. 361, avril.)

Ainhum. — Étude sur l'ainhum, par BREDIAM. (*Thèse de Bordeaux*, 30 mars.) — Sur l'ainhum, par GUYOT. (*Progrès médical*, 7 mai.)

Albuminurie. — De l'albuminurie cantharidienne, par E. REUET. (*Thèse de Paris*, n° 315.) — Conditions pathogéniques de l'albuminurie, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 22 janvier.) — Sur l'albuminurie dans la phtisie pulmonaire au point de vue du pronostic, par C. CAILLERET. (*Thèse de Paris*, n° 329.) — Sur le traumatisme chez les albuminuriques, par MANTAY. (*Thèse de Paris.*)

Albuminoïdes. — Matières albuminoïdes coagulables du sérum, du sang et de la lymphe chez le chien, par G. SALVIOLI. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 269.)

Alcool. — De l'alcool et de son emploi thérapeutique et hygiénique chez les enfants, par BONFILS. (*Thèse de Paris*, n° 293.) — Utilisation en chirurgie de la propriété de l'alcool de produire des cirrhoses, par SCHWALBE. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 6 juin.)

Alcoolisme. — Sur les rapports de l'alcoolisme et de la phtisie pulmonaire, par J. ROUX. (*Thèse de Paris*, n° 155.) — De l'influence de l'alcoolisme sur le développement et l'évolution des affections cutanées, par H. JANIN. (*Thèse de Paris*, n° 203.) — L'alcoolisme au point de vue de ses formes larvées et de la médication strychnique, par M. LUTON. (*Bull. de thérap.*, septembre 1880.) — Rapport de la commission chargée d'apprécier les mémoires adressés en réponse à la question du concours relatif à l'alcoolisme, par KUBORN. (*Bul. Acad. de méd. de Belgique*, XV, n° 7.) — Rapport de Barella sur le mémoire de Mora, relatif à l'alcoolisme. (*Ibid.*, XV, n° 8.) —

Pneumonie chez un homme alcoolique, gangrène d'une partie du poumon. Endocardite. Embolies rénale et splénique. Méningite de la base et hémorragies rétiniennes, par BARLOW. (*Med. Times*, 12 février.)

Aliénation. — Compte rendu médical pour 1880 sur le quartier d'aliénés à l'hôpital municipal de Bâle, par L. WILLE et K. BARTH. — La société et les aliénés qu'elle renferme, par H. MARON. (*Leipzig.*) — Phtisie et folie, par BALL. (*L'Encéphale*, n° 2.) — De la démence aiguë curable, par BINSWANGER. (*Charité Ann.*, t. VI, p. 412.) — Diagnostic général de la folie, par J. FRITSCH. (*Wiener klin.*, 8e fascicule.) — De la condamnation d'aliénés en raison de lèse-majesté, par RUDOLF GNAUCK. (*Verteljahrss. für gerichtliche Med.*, p. 211, avril.) — Rapport du ministre de l'intérieur au Président de la République sur la convenance d'instituer une commission chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés. (*Annales d'hygiène*, V, p. 392.) — Sur certaines formes de folie primitive, par SCHOLZ (de Berne). (*Berliner klinische Wochenschrift*, 16 et 23 août 1880.) — De la révolution survenue dans le mode de traitement des aliénés : colonies et entretien dans les familles, par MESCHEDE. (*Ibid.*, 27 septembre 1880.) — De la folie transitoire chez les enfants, par HUBERT REICH. (*Ibid.*, 21 février.) — Des colonies agricoles d'aliénés, par MESCHEDE. (*Ibid.*, 6 décembre.) — Du mode d'expression des aliénés, par SIEGFRIED. (*Ibid.*, 27 juin.)

Aliment. — L'alimentation au Brésil et dans les pays voisins, par COUTY. (*Revue d'hygiène*, mars, avril et juin.) — Rapport à la Société de médecine sur la nécessité de nouvelles mesures légales pour réprimer les falsifications des substances alimentaires, par VIDAL. (*Ibid.*, 674, août.) — Le salicylage des substances alimentaires, par E. VALLIN. (*Ibid.*, 265 et 353, avril et mai.) — De l'organisation de l'inspection des substances alimentaires, par HOGG. (*Ibid.*, p. 431, mai.) — Influence des diverses substances alimentaires sur la propagation des affections parasitaires, zymotiques et tuberculeuses, par FRANCIS VACHER. (*Annales d'hygiène*, p. 291, septembre.) — Rapport au comité consultatif d'hygiène sur la conservation des substances alimentaires par l'acide salicylique, par DUBRISAY. (*Ibid.*, V, p. 424, mai.) — Caractères distinctifs d'une affection spécifique aiguë produite par l'alimentation avec le porc infecté d'un certain genre de bactéries, par BALLARD et KLEIN. (*Ibid.*, p. 287, septembre.) — Les boîtes de conserves alimentaires, par SCHUTZENBERGER et BOUTMY. (*Ibid.*, V, p. 209, mars.) — Contribution à l'alimentation artificielle des nourrissons avec la crème de Biedert, par CLOSSET. (*Berliner klin. Woch.*, 10 octobre.) — Importance de la nourriture animale et des conserves de viandes, par FRANZ HOFMANN. (*Leipzig*, 1880.) — De l'alimentation des fébricitants, par BAUER. (*Aerztl. Intell. Blatt*, 1880, n° 44, et *Med. chir. Rundschau*, n° 12, 1880.)

Amputation. — Statistique des amputations faites à l'hôpital Saint-François, à Jersey, de 1871 à 1881, par THÉODORE VARICK. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril, p. 434.) — Présentation d'un jeune garçon ayant subi l'amputation des deux cuisses pour gangrène traumatique des jambes; fracture de côte avec lésion du péricarde produite également par une machine, par ROSE. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.)

Amnios. — Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios, par P. BAR. (*Thèse de Paris*, n° 283.)

Amygdale. — Note sur l'hypertrophie des amygdales, par CORNIL. (*Union*

médicale, 6-11 octobre.) — Anatomie pathologique de l'hypertrophie des amygdales, par GAILLARD. (*Thèse de Paris*, n° 340.) — Du procédé igné appliqué à la destruction des amygdales hypertrophiées, par KRISHABER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.)

Anatomie. — Manuel d'anatomie et de physiologie pathologique générales et spéciales, comprenant la technique des recherches anatomo-pathologiques, par ERNST ZIEGLER. (1re partie et 1re moitié de la 2e partie. *Iéna.*) — Contributions d'anatomie pathologique, publiées par l'Institut pathologique de l'Université de Prague, sous la direction de KLEBS. (*Prague*, 1880.) — Traité d'anatomie humaine de Carl Friedr. Théod. KRAUSE, 3e édition revue par W. KRAUSE, 3e volume. (*Hanovre*, 1880. — Guide pour les exercices d'opérations sur le cadavre et pour leur valeur sur le vivant, par E. GURLT, 5e édition. (*Berlin.*) — Étude sur la croissance des extrémités chez l'homme après sa naissance, par J. FRIDOLIN. (*Arch.f. Anat. u. Phys.; Anat. Abth. Heft* I.)

Anémie. — Anémie cérébrale par thrombose. Marche intermittente des accidents. Absence de phénomènes réactionnels, par ELOY. (*Union médicale*, 25 août.) — Anémie extrême chez un jeune homme, sans cause apparente, par E. WAGNER. (*Berliner klinische Woch.*, 20 juin.) — Les altérations du fond de l'œil dans l'anémie générale, par M. LITTEN. (*Berliner klinische Wochens.*, 3 janvier.) — Exemple d'anémie progressive idiopathique, par B. LACHMANN. (*Ibid.*, 21 février.) — De la régénération et de la dégénération des globules rouges du sang dans les anémies, par EHRLICH. (*Ibid.*, 12 juillet 1880.)

Anesthésie. — De l'emploi des pulvérisations phéniqués comme anesthésique local, par GUERMONPREZ. (*Journ. des sc. méd. de Lille.*) — Influence des rubéfiants sur l'anesthésie et sur la sensibilité normale, par ALBERT ADAMKIEWICZ. (*Berliner klinische Wochens.*, 21 et 28 mars.) — Contribution à l'asphyxie pendant l'anesthésie, par R. OLSHAUSEN. (*Ibid.*, 14 février.) — Des attaques épileptiques survenant pendant la chloroformisation, par BAUMGAERTNER (*Ibid.*, 27 juin.) — Sur deux nouveaux anesthésiques, le méthylchloroforme et son isomère, par TAUBER (d'Iéna). (*Ibid.*, 4 octobre 1880.) — Des effets secondaires et attardés de l'anesthésie, et plus particulièrement de la chloroformisation, par SIRUS-PIRONDI. (In-8°, Marseille.) — Mort par le chloroforme prévenue par la trachéotomie immédiate, par ATHERTON. (*Canada Lancet*, p. 301.) — Sur l'action combinée de la morphine et du chloroforme pour produire et maintenir l'action anesthésiante, par ALEXANDER CROMBIE. (*The Practitioner*, décembre 1880.)

Anévrisme. — Des anévrismes valvulaires du cœur, par G. LAURAND. (*Thèse de Paris*, n° 288.) — Apoplexie du cerveau et de la rétine occasionnée par des anévrismes miliaires, par M. LITTEN. (*Berliner klinische Wochens.*, 10 janvier.) — Des anévrismes multiples de l'aorte, par DE LA CUÉVA. (*Thèse de Paris*, n° 300.) — Anévrisme de l'aorte ayant déterminé une asphyxie rapide, par HORTOLÈS. (*Lyon méd.*, 30 octobre, p. 307.) — Sur 2 cas d'anévrismes aortiques, par LANE. (*Berliner klin. Wochens.*, 24 octobre.) — Sur un cas d'anévrisme aortique, par RUEHLE, BUSCH, KŒSTER. (*Ibid.*, 27 juin.) — Un cas d'anévrisme de la crosse aortique ouvert dans la trachée, par BOEGEHOLD. (*Ibid.*, 24 janvier.) — Anévrisme disséquant de la crosse aortique. Ancienne perforation de la trachée. Mort au milieu de symptômes d'asthme, par F. SCHMUZIGER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 12, 15 juin.) — Anévrisme de l'aorte ascendante ouvert dans la trachée, par DE CÉRENVILLE. (*Revue méd. de la Suisse ro-*

mande, I, 574, septembre.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte traité avec succès par l'iodure de potassium à haute dose; coagulation du contenu du sac, par G. Duffey. (*Dublin Journ. of Med. sc.*, p. 513.) — Ligature consécutive de la carotide primitive, puis de la sous-clavière droite, pour un anévrisme supposé du tronc brachio-céphalique. Autopsie 3 ans après la dernière opération, par Lewis Stimson. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril, p. 453.) — Anévrisme de l'artère humérale au pli du coude. Insuccès de la flexion forcée et de la compression digitale. Ligature antiseptique de l'artère humérale au tiers inférieur du bras. Guérison, par Gross. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, 1879-80, p. 131.) — Anévrisme traumatique de la fesse; guérison spontanée par inflammation de la poche, par M. Heydenreich. (*Ibid.*, 1879-80, p. 86.) — De l'exploration rectale des anévrismes de la cavité pelvienne, par Henry Sands. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril, p. 366.) — Nouveau mode de traitement des anévrismes, par Van der Meulen (J.-E.). (*Tijdschr. voor Geneesk.*, 1880, n° 20, p. 293.)

Angiome. — Note sur le traitement des tumeurs vasculaires sanguines de la peau, par Quantin. (*Union méd.*, 19 juillet.)

Anthropologie. — Lésions osseuses de l'homme préhistorique en France et en Algérie, par Le Baron. (*Thèse de Paris*, n° 262.) — Étude anthropologique sur une série de crânes d'assassins, par A. Bordier. (*Broch.*, *Paris.*) — Sur quelques sélections de l'espèce humaine, par A. Suss. (*Thèse de Paris*, n° 282.)

Antiseptique. — De l'azotate d'étyle et de son emploi comme désinfectant et antiseptique, par Guillaumet. (*Thèse de Bordeaux*, 26 avril.) — La méthode antiseptique dans les campagnes, par J.-H. Sigg. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er décembre 1880.)

Anus. — Observation de proctoplastie par atrésie de l'anus, par Walbaum. (*Berliner klin. Wochens.*, 15 novembre 1880.) — Anus imperforé et phimosis chez un nouveau-né dont le grand-père avait eu une atrésie anale simple. Opération; guérison, par Doutrelepont. (*Ibid.*, 22 août.) — Cancer du rectum; colotomie lombaire, par Trélat. (*Gaz. des hôpit.*, 11 octobre.) — Contribution à l'étude de la musculature de l'anus chez l'homme, par César Roux. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Anus contre nature accidentel; opération autoplastique; guérison, par M. Heydenreich. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, 1879-80, p. 60.)

Aorte. — Cas de transposition de l'aorte et de l'artère pulmonaire chez un enfant de sept mois, par Henry Ashby. (*Journal of anat. and physiol.*, vol. XVI.) — Un cas de plaie de l'aorte thoracique, par H. Dietrich. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 décembre 1880.) — Des plaies de l'aorte intrathoracique, par C. Emmert. (*Ibid.*, 15 septembre 1880.) — Affection aortique; mort subite après une inhalation de nitrite d'amyle, par de Cérenville. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 387, juin.)

Appareils. — L'appareil pneumatique de Geigel, par Valentin. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er mai.) — L'appareil à inhalations. Excelsior de Zembsch, par H. Immermann. (*Ibid.*, 1er avril.) — Nouvel appareil d'éclairage sans lentille ni réflecteur (boules de verre renfermant des substances phosphorescentes mises en relation avec un inducteur de Ruhmkorpf, par Michael. (*Berliner klinische Wochens.*, n° 23, p. 335, 6 juin 1881.) — Modification du laryngofantôme de Labus, par Garel.

(*Lyon méd.*, 14 août.) — Instrument pour une nouvelle méthode de traitement des polypes naso-pharyngiens et des tumeurs laryngées, par Upson. (*New York med. Record*, p. 557.) — Le sphygmographe de Dudgeon, par Schliep. (*Berliner klinische Wochens.*, 27 décembre 1880.) — Nouveau myographe à cylindre, par Vintschgau et Dielt. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XXV, p. 112.) — Nouveau sphygmographe et cardiographe, par S. Basch. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, t. II, p. 654.) — Nouvel abaisse-langue, par Alfred Wise. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 336, mai.) — Nouvel appareil d'éclairage par les cavités closes, par B. Fraenkel. (*Berliner klinische Wochens.*, 12 juillet 1880.) — Appareils orthopédiques de Beely. (*Berliner klinische Wochens.*, 4 octobre 1880.) — Bandages de feutre imprégné de gomme laque, par Beely. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Cravate plâtrée destinée à remplacer, le cas échéant, l'appareil de suspension du bandage de Sayre, par Laué. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Sur les appareils en tripolithe, par B. von Langenbeck. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) — Appareil réfrigérant pour les organes sexuels féminins, par Heussi. (*Ibid.*, 14 mars.) — Nouvelle pince à phimosis, par Maurel. (*Soc. de chir.*, p. 673, 1880.) — Sur l'anneau utérin de Bandl, par C. Ruge. (*Berliner klin. Wochens.*, 12 septembre.) — Anneau-levier à arc cervical et redressement de l'utérus par l'introduction de l'air dans le vagin appliqués au traitement de la rétroflexion, par Courty. (*Ann. de gynécol.*, novembre 1880.)

Arsenic. — De la présence de l'arsenic dans l'organisme après l'ingestion d'acide arsénieux, par Ludwig. (*Stricker's med. Jahrb.*, *Heft* IV, 1880, p. 467.)

Artère. — Propriétés élastiques des parois artérielles, par Ch.-S. Roy : résumé par Lannois. (*Revue de médecine*, août.) — De l'épaisseur des parois artérielles, par Valérie Schiele. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire avec phtisie pulmonaire, par Saint-Philippe. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 25 septembre.) — Blessure de l'artère radiale, par Gosselin. (*Gaz. des hôpit.*, 30 août.) — Procédé de compression pour l'artère humérale, par W. Zenker. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 octobre 1880.) — Artérite généralisée. Faits cliniques. Lésions artérielles et viscérales. Désordres fonctionnels. Évolution, diagnostic et traitement, par Lancereaux. (*Union médicale*, 23 juillet.)

Articulation. — Rapports des capsules articulaires avec les épiphyses des extrémités osseuses, démontrés sur des coupes, par A. von Brunn. (*Leipzig.*) — Les difformités articulaires résultant d'excès de charge physiologique, par F. Busch. (*Berlin*, 1880.) — Recherches expérimentales et histologiques sur la pathogénie et les causes des affections scrofuleuses et tuberculeuses des articulations, par M. Schueller. (*Stuttgart*, 1880.) — De la laxité articulaire et particulièrement de la laxité polyarticulaire liée à une influence générale comme cause prédisposante des arthropathies, par Auseau. (*Thèse de Paris*, n° 142.) — Des indications chirurgicales dans les lésions de l'articulation coxo-fémorale par armes de guerre, par H. Castel. (*Thèse de Paris*, n° 231.) — L'arthrite noueuse et sa pathogénie, par Durand-Fardel. (*Union médicale*, 27 août.) — Deux cas d'arthrite purulente du genou chez des enfants, guérie par le drainage antiseptique, par H. Tillmanns. (*Berliner klinische Wochens.*, 8 août.) — Arthrites déformantes multiples, chez une femme de 24 ans, ayant déterminé une impotence absolue, par Hiller. (*Ibid.*, 10 octobre.) — Du traitement des entorses, par Tr. Siebenmann. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er septembre 1880.) — Du traitement des tumeurs blanches par l'électrolyse, par A. d'Ambrosio. (In-8°, *Paris.*)

Ascite. — Un cas d'ascite chyleuse chez un garçon de 10 ans, par P. Guttmann. (*Berliner klinische Wochens.*, 19 juillet 1880.) — Ascite chyleuse chez un garçon de 11 ans atteint de sarcome intestinal, par Henoch. (*Ibid.*, 12 juillet 1880.)

Asphyxie. — Sur l'asphyxie locale des extrémités; son traitement par le sulfate de quinine, par A. Boy. (*Thèse de Paris*, n° 245.)

Asthme. — Traitement de la fièvre des foins, par de Budberg. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 322, mai.) — Relations entre l'asthme et les affections nasales par B. Fraenkel. (*Berliner klinische Wochens.*, 17 et 25 avril.)

Astigmatisme. — Diagnostic et détermination objective de l'astigmatisme, par Parent. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 4, p. 229.)

Ataxie. — Des lésions cardiaques dans l'ataxie locomotrice, par A. Joubert. *Thèse de Paris*, n° 137.) — L'ataxie locomotrice, par Weiss. (*Wiener klinik*, 6e fascicule, 1880.) — Des affections articulaires de l'ataxie locomotrice, par C. Westphal. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 juillet.) — Syphilis et ataxie locomotrice, par Voigt. (*Ibid.*, 26 septembre.) — Un cas d'anesthésie avec ataxie des membres supérieurs sans diagnostic possible, par E. Wagner. (*Ibid.*, 15 août.) — Du retard des impressions sensitives dans l'ataxie locomotrice, par G. Fischer. (*Ibid.*, 15 et 22 août.) — Sur la théorie de l'ataxie locomotrice, par Immermann. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Graphiques de la démarche des ataxiques et des spasmodiques, par Vierordt. (*Ibid.*, 12 juillet 1880.) — Crises urétrales chez un ataxique, par Raymond. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 octobre.) — Sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice, par A. Ancelin. (*Thèse de Paris*, n° 358.) — Contribution à l'étude des crises laryngées tabétiques avec dix-huit observations, par Cherchewsky. (*Revue de médecine*, juillet.) — Des symptômes oculo-papillaires de l'ataxie locomotrice. Revue critique, par de Beurmann. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Note sur quelques symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice et sur certains accidents bulbaires à début rapide, par Lizé. (*Union médicale*, 21 juillet.) — Sur les accidents bulbaires aigus observés dans la première période de l'ataxie locomotrice, par Joffroy et Hanot. (*Progrès médical*, 30 juillet.)

Avortement. — De l'avortement criminel à Karikal, par L. Canolle. (*Thèse de Paris*, n° 301.) — Considérations sur certains avortements, par Phélipeaux. (*Ann. gynécol.*, septembre.) — Relation médico-légale d'une inculpation d'avortement, par S. Tarnier et Brouardel. (*Annales d'hygiène*, V, p. 301, avril.)

Azote. — De l'excrétion d'azote à l'état gazeux, par Pettenkofer et Voit. (*Zeitchr. f. Biol.*, *Bd* XVI, p. 508.) — Réplique de ces auteurs à Seegen et Nowak qui admettent, contrairement à Pettenkofer et Voit, que tout l'azote ingéré ne s'élimine pas par les urines et les matières fécales et qu'il est excrété, en partie à l'état gazeux, par la peau et les poumons. — Effets nuisibles de l'acide hypoazotique, par Eulenberg. (*Vierteljahr. für Medic. und œffent. Sanitaet.*, octobre.)

B

Bains. — Les effets du massage propres aux bains de boue, par PETERS. (*Berliner klinische Woch.*, 22 août.) — Sur l'action curative des thermes de Pfaefers, par ALBERT SCHAEDLER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 23, 1 et 15 décembre 1880.) — Bain de vapeur transportable, par DUBOIS. (*Ibid.*, 15 août 1880.) — Essai sur les bains de mer, leurs indications et contre-indications chez les enfants, par HERVÉOU. (*Thèse de Paris*, n° 357.) — Bains de mer. Des indications et contre-indications des bains de mer, par JULES SIMON. (*Progrès médical*, 3 septembre.) — La saison des bains de mer, par VAN MERRIS (*Bulletin médical du Nord*, juin-juillet.) — Traité de balnéothérapie de Helfft, publié par GEORG THILENIUS. (9e édition, *Berlin*.)

Bassin. — Du traitement des rétrécissements pelviens, par HOFMEYER. (*Berliner klinische Woch.* 7 février.) — Exemple de rétrécissement oblique du bassin, par GUSSEROW. (*Ibid.*, 1er août.) — Bassin rétréci d'avant en arrière avec saillie pointue de la paroi antérieure. Enfant né vivant avec une dépression en gouttière parallèle à la suture coronaire, par FLAISCHLEN. (*Ibid*, 29 août.) — Bassin rachitique : 1re position du sommet, fraction du maxillaire inférieur fœtal dans les manœuvres, pour extraire la tête, par MOERICKE. (*Ibid.*, 29 août.) — Pelvimétrie (Variation des diamètres suivant les races), par GOBSON. (*Journal of anat. and physiol.*, vol. XVI, oct.) — Bassin rachitique très rétréci. Accouchement laborieux par inextensibilité du col. Dilatation sanglante, par BISCHOFF. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'exostose du petit bassin et de son rôle en obstétrique, par FISCHEL (*Prager med. Wochensch.*, 1880 *et Med. chirurg. Rundschau*, juin 1880.)

Bec-de-lièvre.— Contribution à l'anatomie du bec-de-lièvre osseux, par KOELLIKER. (*Berliner klinische Woch.*, 18 avril.)

Bégaiement. — Leçon sur le bégaiement, par CHERVIN. (*Union médicale*, 13 septembre.)

Beriberi. — Du beriberi, par DOURADO D'AZEVEDO. (*Thèse de Paris*, n° 286.) Du beriberi, par F. VAN LEENT. (*Geneesk. Tijdschr. voor Nederl.*, IX, 1880.) — Un cas de beriberi, par PASTRENAZKI. (*Wratsch*, n° 35 *et Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1880.)

Biliaires (Voies). — Accidents péritoniques consécutifs à une cholécystite suppurée, avec perforation de la vésicule biliaire, au début d'une fièvre typhoïde, par LEGENDRE. (*Soc. anat.*, 12 mars.) — Remarques sur la cholélithiase, par M. ROTH. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 août.) — Sur un cas de dilatation des voies biliaires, par BARTH. (*Revue de médecine*, septembre.) — De quelques phénomènes initiaux de la lithiase biliaire, envisagés au point de vue du diagnostic, par LEFRANC. (*Thèse de Paris*, n° 305.) — Voies biliaires et veine-porte, par O. SCHUEPPEL. (*Zeimmssen's Handbuch*, VIII, 1re moitié, 2e partie, *Leipzig*, 1880.) — Expériences sur les acides biliaires, par M. SCHIFF. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 94, février.) — Traitement hygiénique des calculs biliaires, par M. BOUCHARDAT. (*Bullet. de thérap.*, août 1880.)

Blennorragie. — De l'arthrite aiguë d'origine blennorragique, par F. Brun. (*Thèse de Paris*, n° 332.) — De la nature du rhumatisme blennorragique, et en particulier de celui du poignet, par Duboc. (*Thèse de Paris*, n° 64.) — Funiculite blennorragique, par Bergh. (*Hospitals-Tidende*. 2, R. VIII.) — Des injections au bromure de potassium dans la blennorragie, par Cambillard. (*Thèse de Paris*, n° 163.)

Bouche. — Complications pulmonaires de l'épithelioma buccal, par Guillot. (*Thèse de Paris*, n° 306.) — De la stomatite ulcéro-membraneuse chez les personnes âgées, par Coutemoine. (*Thèse de Paris*, n° 280.) — Contribution au traitement des affections de la cavité bucco-pharyngienne et du larynx, par Carl Michel. (*Leipzig*, 1880.)

Bronche. — Anatomie pathologique et pathogénie de la dilatation des bronches, par Dallidet. (*Thèse de Paris*, n° 337.) — Sur la bronchite pseudo-membraneuse, par Daniel Bernouilli. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 août 1880.) — Un cas de bronchite fibrineuse aiguë, par A. Lutz. (*Ibid.*, 1er août 1880.) — Emploi de la codéine dans la bronchite, par Budberg. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.)

Brûlure. — Traitement des brûlures, par Nitsche. (*Berliner klinische Woch.*, 18 octobre 1880.) — Brûlures causées par la vapeur à haute tension, par Edward Busch. (*Ibid.*, 20 décembre 1880.) — Brûlure de l'avant-bras par du sucre en ébullition ; apparition, dans la cicatrice, de granulomes ulcérés rebelles (dégénérescence colloïde), par B. Schmidt. (*Ibid.*, 20 juin.) — Quelques remarques à propos d'un mémoire du professeur Hoppe-Seyler sur les modifications qu'éprouve le sang à la suite des brûlures de la peau, par L. von Lesser. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 236.) — Fait de brûlures graves, par Thiersch. (*Ibid.*, 13 décembre 1880.)

C

Calcul. — Calcul rénal donnant lieu depuis sept ans à un abcès lombaire fistuleux ; ablation, guérison, par L. Rea. (*Amer. Journ. of med. Sc.*, avril, p. 432.) — Calcul bicorne urétro-vésical extrait par la taille chez un enfant de 12 ans, par Sarazin. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, 1879, LXXX, p. 1.) — Calcul vésical volumineux enchatonné chez un enfant, par E. Simonin. (*Ibid*, p. 7.)

Cancer. — Sur la théorie épithéliale du cancer, par Desfossés. (*Thèse de Paris*, n° 256.) — De l'origine locale du cancer, par J. Hutchinson. (*Med. Times*, 22 janvier.)

Cartilage. — Expériences sur les chiens pour étudier la cicatrisation des plaies cartilagineuses, par Gies (de Rostock) (*Berliner klinische Woch.*, 9 mai.)

Cerveau. — Des sinus cérébraux et de leurs variations, par Knott. (*Journal of anat. and physiol.*, vol. XVI, octobre.) —Le cerveau et le système nerveux (Revue), par R. Garner. (*Ibid.*, vol. XV, juillet.) — Contribution à l'embryogénie du cerveau humain, par Binswanger. (*Berliner klinische Wochens.*, 21 février.) — Procédé expéditif pour obtenir des tracés graphiques de l'écorce cérébrale, par Luys. (*L'Encéphale*, n° 2.) — Le poids du cerveau chez l'homme, par Theodor L.-W. von Bischoff. *Bonn*, 1880.

(*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 144.) — La localisation des affections cérébrales, par David Ferrier. Edition allemande de R.-H. Pierson. (*Brunswick*, 1880.) — Les localisations cérébrales, par P. Albertoni, (*La Salute italia medica*, XV, n° 30.) — Contribution expérimentale à la physiologie du cerveau, par Goltz. (*Berliner klinische Wochens.*, 12 juillet 1880.)— Sur les fonctions de l'écorce cérébrale, par Hermann Munk. (*Leipzig*, 1880.)—De la tension cérébrale, par B. Naunyn et J. Schreiber. (*Leipzig.*) — Action de quelques substances médicamenteuses sur l'excitabilité du cerveau ; contribution au traitement de l'épilepsie, par P. Albertoni. (*Lo Sperimentale*, juin.) — Contribution à la pathologie cérébrale, par Cœlestin Nauwerck. (*Thèse Leipzig.*)—Contribution à la symptomatologie et au diagnostic des tumeurs cérébrales, par M. Bernhardt. (*Berlin.*) — Pyrexie cérébrale, par E. Green. (*The Practitioner*, février.) — Lésion siégeant dans la portion la plus reculée de la face interne du noyau lenticulaire et la partie correspondante du faisceau sensitif et ayant donné lieu, pendant la vie à une abolition absolue de la sensibilité générale du côté opposé, sans trouble des sens spéciaux, par Dérignac. (*Soc. anat.*, 12 mars.) — Hémiplégie droite et aphasie très légère ; destruction presque complète de la 3e circonvolution frontale gauche, par Leloir. (*Soc. anat.*, 18 février.) — Hémiplégie complète du côté gauche survenue chez un sujet syphilitique ; mort dans le coma. Rien comme lésions cérébrales, par Beslin. (*L'Encéphale*, n°2.) — Hémorragie cérébrale et médullaire à la suite d'un bain froid, par Parizot. (*Lyon méd.*, 4 septembre.) — Pyocéphale, par Adeline Whitney. (*Thèse Zurich*, 1880.) — Observations de tumeurs de la protubérance, par Karl Horstetter. (*Thèse Zurich*, 1880.) — Volumineuse tumeur calcifiée, occupant surtout la partie interne et moyenne du lobe temporo-sphénoïdal gauche, et comprimant la couche optique et le pédoncule cérébral gauche, par W. Mac Dowall. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1088, juin.) — Sur la cicatrisation des plaies du cerveau, par Philippe. (*Soc. de biol.*, 9 juillet. *Gaz méd. de Paris*, n° 31.) — Contribution à la symptomatologie et au diagnostic des affections localisées du cerveau, par Oebeke. (*Berliner klinische Wochens.*, 2 et 9 août 1880.) — Exemple de mouvements involontaires associés du côté hémiplégique, par Bernhardt. (*Ibid.*, 28 février.) — Plaie du cuir chevelu au niveau du pariétal gauche. Ataxie de la main droite avec perte de la notion de situation de ce membre, rétrécissement du champ visuel et aphasie, par Moch. (*Ibid.*, 30 mai.) — Présentation d'un cerveau de singe chez lequel Munk, vu les troubles fonctionnels d'un membre, avait diagnostiqué une lésion de l'écorce : autopsie, ostéite de la voûte et méningo-encéphalite superficielle, par Moeli. (*Ibid.*, 30 mai.) — Attaques de convulsions unilatérales suivies d'hémiplégie passagère, sans perte de connaissance mais avec hémiopie latérale homonyme. Autopsie ; foyer d'encéphalite dans la substance blanche du lobe occipital et des portions voisines, intégrité des centres moteurs, par Wesphal. (*Ibid.*, décembre 1880.) — Résultats d'extirpation d'une moitié de bulbe sur le cerveau ; expériences chez les chiens, par Fuerstner. (*Ibid.*, 27 juin.) — Anomalie du développement du cerveau et de la moelle ; affection secondaire de ces deux organes, par Fuerstner et Zacher. (*Ibid.*, 27 juin.) — Un cas d'affection localisée du cerveau, par Oebeke. (*Ibid.*, 8 août.) — Sur un cas d'apoplexie bulbaire avec paralysie croisée de la sensibilité, par Senator. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Analogies entre la commotion rétinienne et la commotion cérébrale, par R. Berlin. (*Ibid.*, 1er et 8 août.) — Présentation d'un malade offrant une hémianesthésie alterne, par Remak. (*Ibid.*, 23 mai.)— Un cas de ramollissement cérébral à marche chronique et progressive, par Wernicke. (*Ibid.*, 31 octobre.) — Deux cas de tumeurs cérébrales chez des enfants, par Adolf Baginsky. (*Ibid.*, 16 mai.) — Cas de gliomes multiples de l'axe cérébro-spinal au-dessous des pédoncules du cerveau, par Kuss-

MAUL. (*Ibid.*, 12 juillet 1880.) — Présentation d'un malade de 16 ans affecté d'une tumeur cérébrale (Amaurose double totale, hémiplégie gauche avec exagération des réflexes tendineux, etc.), par E. WAGNER. (*Ibid.*, 6 septembre 1880.) — Abcès du bulbe et de la protubérance, par H. BIRCHER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 février.)— Attrition du lobe frontal, par H. BIRCHER. (*Ibid.*, 15 février.) — Attaque apoplectique avec déformation et dilatation des deux pupilles et extension clonique des membres ; autopsie, par ROHRER. (*Ibid.*, 1er janvier.) — Attaque apoplectique ; hémiplégie gauche de la face et des membres ; autopsie, par ROHRER (de Riesback). (*Ibid.*, 1er janvier.) — Tubercule de la convexité cérébrale, par ROHRER. (*Ibid.*, 1er janvier.) — Manuel des affections cérébrales, par C. WERNICKE. (*Ibid.*, p. 651.) — Hypertrophie du cerveau avec sclérose bulbaire chez un enfant mort à 2 ans et demi d'une méningite de la convexité, par D'ESPINÉ. (*Revue méd. de la Suisse romande*, p. 489, août.) — Étude expérimentale sur les mouvements du cerveau, par G. BURCKHARDT. (*Ibid.*, 629.) — De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes, par E. BLÉ. (*Thèse de Paris*, n° 325.)

Cervelet. — Recherches cliniques propres à démontrer que le cervelet est le centre nerveux coordinateur des mouvements nécessaires à la station et à la marche, par BOUILLAUD. (*Acad. des sciences*, 21 février.) — Un cas d'affection du cervelet, par FR. SCHULTZE. (*Berliner klinische Wochens.*, 2 août 1880.) — Fibromyxosarcome du pédoncule cérébelleux gauche, par MANNKOPFF. (*Ibid.* 18 avril.) — Un cas d'hémorragie cérébelleuse diagnostiquée, par HUGUENIN. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.) —Tubercules du cervelet chez un enfant, par ROHRER. (*Ibid.*, 1er janvier,) — Abcès du cervelet consécutif à une otite interne, par RAYMOND. (*Progrès médical*, 24 septembre.)

Césarienne (Opération). — Opération césarienne faite pour la seconde fois sur la même femme, par LANGREN. (*Arch. de tocologie*, mars.) — L'opération de Porro au point de vue de la morale, par SCHLEMMER. (Stuttgart.) — L'opération de Porro, par GUILLERMET. (*Revue médicale de la Suisse romande*, avril et mai 1881.) — Trois cas d'opération césarienne *post mortem*, 2 enfants vivants, par MAX SOMMERBRODT. (*Berliner klinische Wochens.*, 25 juillet.)—Opération césarienne et opération de Porro, par MARTIN. (*Ibid.*, 15 août.)

Champignon. — Recherches sur la végétation des champignons des moisissures dans l'organisme des animaux, par GRAWITZ. (*Revue de médecine*, juillet.) — Sur les champignons des médicaments, par A. HILLER. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, t. III, p. 221.)

Chancre. — De la cicatrice du chancre au point de vue médico-légal, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 28 août.) — Traitement du bubon chancreux fluctuant par la méthode Brendel (petite incision, puis cautérisation de la cavité avec un crayon de potasse caustique, enfin bandage protecteur), par THIERSCH. (*Berliner klinische Wochens.*, 15 août.)— Du traitement du chancre phagédénique par les injections parenchymateuses de nitrate d'argent, par THIERSCH. (*Ibid.*, 12 juin.)

Charbon.— Note sur un cas de charbon intestinal sans lésions externes, par A. KELSCH. (*Revue de médecine*, juillet.)—Étude sur la bactérie du charbon, par A.-P. FOKKER. (*Tijdschr. voor Geneesk*, n° 46, p. 661, 1880.)— Les nouvelles découvertes sur le charbon, par E. VALLIN. (*Revue d'hygiène*, août 1880.)—

— Du traitement de la pustule maligne, par L. MESNARD. (*Thèse de Paris*, n° 179.)

Chauffage. — Sur une modification du poêle mobile, par A. GODEFROY. (*Revue d'hygiène*, p. 551, juillet.) — La distribution du chauffage, par E. VALLIN. (*Ibid.*, septembre 1880.)

Chemins de fer. — Le service de secours pour blessés et malades sur les lignes de chemins de fer, par JOHANNE RIGLER. (Berlin.) — Des troubles psychiques consécutifs à des accidents de chemins de fer, par C. MŒLI. (*Berliner klinische Wochens.*, 7 février et 4 juillet.)

Chimie. — Principes de chimie humaine, par LEO LIEBERMANN. (Stuttgart, 1880.) — Traité de chimie légale de F.-L. SONNENSCHEIN, refondu par A. CLASSEN, (Berlin.) — Art du chimiste chargé de l'analyse des substances alimentaires et des objets de consommation usuelle, par FRITZ ELSNER. (Leipzig.) — Le laboratoire municipal de chimie à Paris, par J.-A. PABST. (*Revue d'hygiène*, p. 261, mai.)

Chirurgie. — Précis de petite chirurgie et de chirurgie d'urgence, par A. BERGERON. (In-18, Paris.) — Eléments de chirurgie, par C. HUETER. (1re partie, Leipzig, 1880.) — Les ressources de la chirurgie en cas de danger de mort (opérations à indications vitales), 12 leçons, par L. VON LESSER. (Leipzig, 1880.) — Travaux du 9e congrès de la Société allemande de chirurgie. (Berlin, 1881.) — Traité de chirurgie et de médecine opératoire, par ADOLF BARDELEBEN. (8e édit., t. III, Berlin.) — La chirurgie antiseptique et la médecine légale, par HANS VON WYSS. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 janvier.) — Observations de clinique chirurgicale privée de 1875-1877, par ERNST BUROW. (Leipzig, 1880.)

Choléra. — Les épidémies du choléra au Japon, par LEGOUEST. (*Annales d'hygiène publique*, p. 5, janvier.) — Base d'une entente internationale pour la prophylaxie du choléra, de la fièvre jaune et de la peste, par J.-S. BILLINGS. (*Ibid.*, septembre.) — De l'épidémie de choléra de 1879 dans l'Inde et à la foire de Hurdwar. (*Med. Times*, 5 février.) — Traitement du choléra infantile par la résorcine, par TOTENHOEFER. (*Bresl. Aerztl. Zeitsch.* 1880 et *Med. chir. Rundschau*, n° 1.)

Chorée. — D'une névrose convulsive et rythmique nommée chorée électrique, par A. GUERTIN. (*Thèse de Paris*, n° 267.) — Trois observations de chorée, par F. WARNER. (*Med. Times*, 5 mars.) — Note sur la chorée de la main, par OCTAVIUS STURGES. (*Med. Times*, 26 mars.)

Choroïde. — Sur les vaisseaux de la choroïde chez le lapin, par H. VIRCHOW. (*Verhandlungen der Physik. medicin Gesellschaft in Würsburg*, XVI, n° 2.)

Chylurie. — Résultat de l'autopsie d'une chylurie, par PONFIK. (*Berliner klinische Wochens*, 4 octobre 1880.)

Circulation. — Mécanisme de la circulation artérielle et capillaire, par RAMON. TURRO. (*La Independia medica, Barcelone.*) — Le mouvement ondulatoire des tubes élastiques et le pouls artériel de l'homme, études au sphygmographe, par H. GRASHEY. (Leipzig.) — Etat actuel des connaissances sur la circulation, par HERMANN (de Zurich). (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.) — Observations cliniques sur la circulation du membre inférieur, par MAAS. (*Berliner klinische Wochens.*, 13 juin.) — Importance de l'examen du pouls, par FRANZ RIEGEL. (*Volkmann's Sammlung*, n°s 144 et 145.)

Climat. — Funchal (Madère), par JULIUS GOLDSCHMIDT. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 juillet.) — Sur les cures climatiques, par JESSEN. (Berlin.) — Notice médicale sur le climat de Cannes, par BERNARD (broch. Cannes.) — La ville du Cap. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 décembre 1880, 1er juin 1881.) — Climatologie du Lac des Quatre-Cantons, par Z. FASSBIND. (*Ibid.*, 1er avril.) — L'importance sanitaire d'un séjour prolongé dans les îles de la Mer du Nord et notamment à Norderney, par F.-W. BENEKE. (Norden.) — La station climatique d'Interlaken, par L. DELACHAUX. (Interlaken, 1880.)

Cœur. — Des cœurs veineux des chauves-souris, par B. LUCHSINGER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 septembre.) — Expériences sur les nerfs accélérateurs du cœur, par M. SCHIFF. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 96, février.) — Contribution à l'étude des appareils d'arrêt du cœur, par EDUARD PETRI. (*Thèse Berne*, 1880.) — Contribution à l'étude de l'innervation du cœur, par J.-A. SCHERHEY. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, p. 258, 1880.) — État de la contraction cardiaque et de la tension vasculaire pendant la fièvre, par FRANZ RIEGEL. (*Berlin. klin. Woch.*, 30 août 1880.) — De la tension sanguine dans les affections cardiaques, par DANTHONY. (*Thèse de Lyon*, 29 juillet.) — Présentation d'un adolescent avec emphysème pulmonaire intense, et offrant tous les signes fonctionnels du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire sans rien au cœur, par E. WAGNER. (*Berliner klinische Wochens.*, 3 octobre.) — Du diagnostic de la persistance du trou de Botal, par SCHIFFERS. (*Annales de la Société de Liège*, septembre.) — De l'hérédité dans les lésions vasculaires du cœur, par PIERSON. (*Jahr. der gesell. für Nat.*, 1880-81.) — Note sur un cas d'accidents gravido-cardiaques observé à la maternité de Nancy, par A. HERGOTT. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, 1879-80, p. 67.) — Rétrécissement mitral pur non rhumatismal ; asystolie, pouls veineux jugulaire. A l'autopsie rétrécissement concentrique sans insuffisance, infarctus pulmonaire, etc., par DÉJERINE. (*Soc. anat.*, 25 février.) — Contribution à l'étude de l'insuffisance mitrale, par D. WEIL. (*Berliner klinische Wochens.*, 14 février.) — Du rétrécissement mitral pur, par MARIEN. (*Thèse de Paris*, n° 337.) — Rétrécissement pulmonaire, communication des deux ventricules, par PETIT. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — De l'état du cœur droit dans la phtisie pulmonaire, par MARUCHEAU. (*Thèse de Paris*, n° 309.) — Sténose pulmonaire avec communication des deux ventricules. Cyanose tardive et intermittente ; tuberculisation pulmonaire ultime, par FÉRÉOL. (*Union médicale*, 3, 4 septembre.) — Deux cas de cœur forcé, par FRAENTZEL. (*Charité Annal*, VI, p. 275.) — Du cœur cachectique, par DUCASTEL. (*Union méd.*, 18 août.) — Lésions complexes du cœur, par DAVEZAC. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 août.) — Rupture du cœur, par CORLEY. (*The Dublin Journ. of med. Sc.*, p. 82, juillet.)

Conjonctive. — Contribution à l'étude de la dégénération amyloïde de la conjonctive, par E. RÆHLMANN. (*Berliner klinische Wochen.*, 30 mai.) — Note sur un cas de sarcome mélanique de la conjonctive oculaire, par HALTENHOFF. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 168, mars.) — Ulcère tuberculeux de la conjonctive chez un enfant, par DUFOUR. (*Ibid.*, I, p. 187, mars.) — Sur la transplantation conjonctivale, par MARC DUFOUR. (*Ibid.*, octobre.) — Un cas d'une affection conjonctivale obscure, par PFLUEGER (tuberculose). (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er mai.)

Contagion. — Décret suédois du 19 mars 1875 touchant les précautions à prendre contre l'importation et la diffusion des maladies contagieuses. (*Annales d'hygiène*, V, p. 480, mai.) — Règlement bruxellois (21 mars 1881) sur le transport des personnes atteintes de maladies contagieuses et transmissibles. (*Ibid.*, V, 542, juin.)

Convulsion. — Contribution à la symptomatologie et au traitement des convulsions musculaires localisées, par Ernst Remak. (*Berliner klinische Wochens.*, 23 mai.) — Du tic convulsif, par Bernhardt. (*Ibid.*, 16 mai.) — Du myoclonisme multiple (accès de convulsions cloniques de certains groupes musculaires), par Friedreich. (*Ibid.*, 27 juin.)—Cas d'alternance entre des crises d'asthme et des convulsions tétaniformes chez un ramoneur emphysémateux, par de Cérenville. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 461, juillet.) — Modifications des réactions du sang dans les convulsions, par Albrecht E. Burckhardt. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er septembre.)

Coqueluche. — Inhalations de thymol dans la coqueluche, par Konr. Kuester. (*Berliner klinische Wochens.*, 4 juillet.) — La pilocarpine contre le faux croup et la coqueluche, par Konr. Kuester. (*Ibid.*, 4 juillet.)

Cordon. — Nœuds du cordon ombilical, par Guesde. (*Thèse Paris*, n° 344.)

Cornée. — Sur la kératite à hypopyon, par Boguier. (*Thèse de Paris*, n° 207.) — Kératite syphilitique parenchymateuse, par Pflueger. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mai.) — Du kératocone et de la correction par les verres coniques. (*Thèse de Lyon*, 8 avril.).— Des kératites cachectiques, par G. Bénac. (*Thèse de Paris*, n° 146.) — De la correction du kératocone par les verres, par E. Rœhlmann. (*Berliner klinische Wochen.*, 23 août 1880.) — De la cautérisation ignée dans quelques affections de la cornée, par Delsol. (*Thèse de Paris*, n° 472.)— De la synéchotomie dans le leucome adhérent, par Galezowski. (*Recueil d'opht.*, n° 3, p.129.) — Du traitement du ptérigion. Opération par enroulement, par F. Despagnet. (*Ibid.*, n° 6, p. 356.)— Du traitement de la kératite interstitielle et de la scléro-kératite, par l'iridectomie, par Galezowski. (*Ibid.*, n° 7, p. 408.) — Du meilleur traitement du traumatisme de la cornée par l'épi de blé, par Pintaud Dessallées. (*Ibid.*, n° 7, p. 422.)

Corps articulaire. — Corps libre du genou. Extirpation, par H. Schuessler. (*Berliner klinische Wochens.*, 27 septembre 1880.)

Corps étranger. — Corps étranger du conduit auditif, par Roustan. (*Soc. de chirurg.*, p. 566, 1880.) — Note sur les corps étrangers dans les fosses nasales et leur expulsion par l'irrigation de Weber, par M. G. Jorissenne, (*Bullet. de thérap.*, 15 octobre 1880.) — Anneau de métal extrait du nez par injections d'eau par la narine libre, par Murisier. (*Revue médicale de la Suisse romande*, I, 387, juin.) — Extraction d'un haricot du nez chez un enfant de 3 ans par le même procédé, par Menthonnex. (*Ibid.* juillet.) — Deux cas de corps étranger de l'œsophage (dentiers), par B. Schmidt. (*Berliner klinische Wochens.*, 3 octobre.)—Gangrène de la bouche. Mort. Estomac bilobé avec ulcère rond de sa face postérieure. Lame de verre enkystée dans le péricarde, par Malicot. (*Soc. anat.*, 12 mars.) — Noyau de cerises ayant séjourné deux ans et demi dans le tube digestif, par Mittweg. (*Correspondenz-Blatt der aerztlichen Vereine in Rheinland*, n° 26, 1880.) —Corps étranger du rectum ; extraction au moyen de la pince à faux germes, par E. Gayrand. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 32.) — Corps étranger du rectum délacé et arrêté dans l'S iliaque ; extraction par l'abdomen, suture de l'intestin, guérison, par Gentilhomme. (*Union méd. du Nord*, septembre.) —Calculs de la vessie développés autour du corps étranger, par C. Thiersch. (Pierre ayant pour noyau un fragment de bougie, retirée par la taille latérale sur un homme de 84 ans qui se sondait ; 2° étui d'aiguilles munie d'un fil ; 3° triple calcul à facettes au bord d'une bougie de paraffine). (*Berliner klinische Wochens.*, 15 août.)

Côtes. — **Des mouvements des côtes et du sternum**, par CHABRY. (*Thèse de Paris*, n° 256.)

Couleurs. — Sur le mélange des couleurs du spectre, par FREY et KRIES. (*Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. abth.*, p. 336.) — **Des sensations colorées**, par G. COUTURIER. (*Thèse de Paris*, n° 372.)

Coxalgie. — Causes, siège et classification de la coxalgie, par E. NEBLE. (*Thèse Paris*, n° 368) — Coxalgie hystérique guérie par l'aimant, par BRACHET. (*Progrès médical*, 23 juillet.) — De l'application des appareils plâtrés au traitement de la coxalgie, par EVESQUE. (*Thèse de Paris*, n° 172.)

Cristallin. — Étude pathogénique des cataractes spontanées, par L.-J. ROBERT. (*Thèse de Paris*, n° 335.) — Nouvelles recherches sur l'aptonatisme et la péniscopie du cristallin des poissons, par L. MATTHIESSEN. (*Arch. f. die gesammte Phys.*, XXV, p. 193.) — Trois exemples d'un accident rare dans l'opération de la cataracte (issue du corps vitré suivie d'un suintement sanguin qui persiste plusieurs jours), par DUFOUR. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, 161, juillet.) — Récupération tardive de la vision, après l'opération de la cataracte, par PILONI. (*Rev. d'ocul. du Sud-Ouest*, n° 12.) — Luxation congénitale double du cristallin en haut et en dedans, par BAUDON. (*Recueil d'ophtal.*, n° 4, p. 252.) — Des déplacements traumatiques du cristallin, par LAURENT. (*Thèse de Paris*, n° 165.)

Crâne. — Le cartilage primordial et son ossification dans le crâne humain avant la naissance, par A. HANNOVER. (In-4°, Copenhague.) — Étude sur les tumeurs intra-crâniennes, par CHAMBARD. (*L'Encéphale*, n° 2.) — Des épanchements sanguins intra-crâniens consécutifs au traumatisme, par G. MARCHANT. (*Thèse de Paris*, n° 303.) — Fracture du crâne avec blessure du cerveau. Guérison, par GLOGOWSKI. (*Berliner klinische Wochens.*, 6 décembre 1880.) — Fracture de la base du crâne suivie d'une exophtalmie pulsatile (déchirure de la carotide interne dans le sinus caverneux), par H. SCHMIDT-RIMPLER. (*Ibid.*, 16 avril.) — Fracture du côté droit de l'occipital et du temporal correspondant avec issue de matière cérébrale. Guérison avec production d'une hémiopie gauche, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Ibid.*, 18 avril.) — Plaie du crâne au niveau des ventricules latéraux avec issue au 11e jour de liquide céphalo-rachidien. Guérison, par BAUM. (*Ibid.*, 18 avril 1880.) — Éclats osseux multiples enlevés du pariétal et de l'occipital avec le ciseau, chez un homme atteint de fracture du crâne, par ROSER. (*Ibid.*, 18 novembre 1880.) — De la résection des tumeurs des os du crâne et des méninges avec présentation d'une opérée, par VON LANGENBECK. (*Ibid.*, 25 avril.) — Épanchement sanguin intra-crânien causé par une gifle, par F. FALK. (*Vierteljahr. f. gericht. Medicin und œffent. Sanitæt.*, p. 43, juillet.) — Difformité crânienne avec dégénérescence psychique, par W. PASSOW. (*Ibid.*, p. 61, juillet.) — Lésions déterminées à la voûte crânienne par un coup de révolver tiré à petite distance, par H. VON WYSS. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 octobre.) — De la guérison des fractures de la base du crâne (135 observations résumées), par JOHN LIDELL. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, avril, p. 335.)

Criminel. — Le criminel au point de vue anatomique et physiologique, par A. FOVILLE. (*Ann. d'hygiène publ.*, IV, 319, 411, octobre et novembre 1880.)

Cysticerque. — Nouvelle observation de cysticerque du ténia inerme chez le bœuf, par ALFRED GUILLEBEAU. (*Rev. d'hygiène*, novembre 1880.) — Observation de cysticerque du corps vitré, par CHAUVEL. (*Gaz. des hôpit.*, 137.) — Un cas de cysticerque du corps vitré, par DELACROIX. (*Union médicale du Nord-Est*, août.)

D

Daltonisme. — Moyen de découvrir le daltonisme et les vues imparfaites, par CH. ROBERTS. (*Londres*, in-8°.) — Explication du daltonisme par la théorie des couleurs contraires, par EWALD HERING. (*Prague*, 1880.) — La méthode à la fois la plus rapide, la plus simple et la plus sévère pour découvrir le daltonisme, par HERMANN COHN. (*Berliner klinische Woch.*, 9 mai.) — De l'état actuel de nos connaissances sur le daltonisme, par DOR et STILLING. (*Broch.*, *Paris.*) — Observations faites sur des daltoniens. par E. PFLUEGER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, p. 596.)

Dengue. — Des moyens de prévenir la diffusion de la dengue, par JAMES CHRISTIE. (*Annales d'hygiène*, p. 278, septembre.)

Dent. — De l'éruption des dents, au point de vue de son mécanisme et des accidents qu'elle occasionne, par LÉVÊQUE. (*Thèse de Paris*, n° 211.) — Des dents coniques, par KUPFFER. (*Berliner klinische Woch.*, 5 juillet 1880.) — Anomalies de la dentition et du palais par Norman W. Kinsley, traduit en allemand, par LUDWIG H. HOLLAENDER. (*Leipzig.*)

Désinfection. — Action désinfectante et antiputride des vapeurs de l'éther azoteux, par PEYRUSSON. (*Acad. des sciences*, 28 février.) — Note sur l'étuve à désinfection de l'hôpital Saint-Louis, par VIDAL (*Revue d'hygiène*, mai.) — De la désinfection des objets de literie, par G. DROUINEAU. (*Ibid.*, novembre et octobre 1880.) — Désinfection et agents désinfectants, par E. REICHARDT. (*Stuttgard*, 2° édition.) — A propos de la désinfection, par OSWALD WOLFF. (*Vierteljah. für gerisch. Medicin und œff. Sanit.*, p. 366, octobre.) — Expériences sur la valeur de quelques désinfectants gazeux et volatils, par GEORGE W. STERNBERG. (*National Board of Health Bulletin*, t. I.) — Expériences pour évaluer le pouvoir désinfectant d'une solution aqueuse d'acide carbonique à 4 0/0 sur le pus infectieux de dacryocystites, par SCHMIDT-RIMPLER. (*Berliner klinische Woch.*, 8 novembre 1880.)

Diabète. — Des affections cutanées dans le diabète, par CRAUFFON. (*Thèse de Bordeaux*, 26 juillet.) — Rapports du diabète avec les affections des organes génitaux de la femme, par M. LOEB. (*Berliner klinische Woch.*, 10 octobre.) — Pathologie et thérapeutique du diabète, par WOLFG. BERNHARDI. (*Berlin.*) — Diabète sucré avec accès de manie ; mort dans le coma, par TESCHEMACHER. (*Berliner klinische Woch.*, 1er août.) — Diabète compliqué de septicémie, par VON HEUSINGER. (*Berliner klinische Woch.*, 8 novembre 1880.) — Étiologie et pathogénie des gangrènes chez les diabétiques, par J. GIROU. (*Thèse de Paris*, n° 166.) — De l'otite diabétique, par M. RAYNAUD. (*Ann. des mal. de l'oreille*, p. 63.) — Deux cas de coma diabétique, par LÉO. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 20 décembre 1880.) — Du coma diabétique, par BUHL. (*Zeitschr. f. Biol.*, t. XVI, p. 413.) — Sur le mal perforant chez les diabétiques, par CLÉMENT. (*Thèse de Paris*, n° 202.) — De la lymphangite chez les diabétiques, par GIRONDE. (*Thèse de Lyon*, 5 août.) — Ergot de seigle dans le diabète sucré, par JOSEPH W. HUNT. (*The Practitioner*, septembre 1880.) — De la valeur thérapeutique des sels d'ammoniaque et de l'eau de Carlsbad (source de Muehlbrunnen) dans le diabète, par PAUL GUTTMANN. (*Berliner klinische*

Woch., 9 août 1880.) — Un nouveau pain pour les diabétiques, avec remarques sur le traitement du diabète, par DAHMEN. (*Berliner klinische Woch.*, 27 septembre 1880.)

Diphtérie. — Étude anatomo-pathologique de la diphtérie du pharynx et des voies respiratoires, par R. THOMAS. (*Thèse de Paris*, n° 140.) — La diphtérie épidémique du sud de la Russie, par J. UCKE. (*Vierteljahrschrift für gericht. Medicin und œffent. Sanitæt.*, p. 158 et 332, janvier et avril.) — Sur la paralysie diphtéritique du nerf pneumo-gastrique, par E. GULAT. (*Thèse de Paris*, n° 138.) — Sur la pleurésie dans la diphtérie, par SIMERAY. (*Thèse de Paris*, n° 195.) — La diphtérie est un trouble de la nutrition et non une affection parasitaire, par CRUEWELL. (*Dantzig.*) — De l'emploi de l'électricité dans les cas de diphtérie, par G.-K. SMITH. (*Proceedings of med. Soc. of the county of kings*, août.) — Discussion à la Société berlinoise de Hufeland sur le traitement de la diphtérie (*Berliner klinische Woch.*, 15 août.) — La pilocarpine dans la diphtérie, par KONR. KUESTER. (*Ibid.*, 4 juillet.) — De la valeur thérapeutique de la pilocarpine dans la diphtérie, par W. LEWIN. (*Ibid.*, 8 août.) — Traitement de la diphtérie par les préparations calcaires, par GONTERMANN. (*Ibid.*, 29 novembre 1880.) — La diphtérie et son traitement par le bain nasal froid, par VAL. RIGAUER. (*Leipzig*, 1880.) — Traitement de la diphtérie par les inhalations de brome, par ROTHE. (*Allgem. med. Central-Zeitung*, n° 89, 1880.) — Traitement de la diphtérie par l'essence de térébenthine, par BOSSE. (*Berliner klinische Woch.*, 25 octobre 1880.) — Contribution au traitement de la diphtérie, par ANNUSCHAT (inconvénient du benzoate de soude, avantages du mercure). (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Nouveaux cas de diphtérie traités par l'essence de térébenthine à haute dose, par BOSSE. (*Ibid.*, 7 mars.) — Contribution au traitement antiseptique de la diphtérie, par R. WEISE. (*Ibid.*, 24 janvier.) — La papayotine, bon dissolvant des membranes diphtéritiques, par J.-M. ROSSBACH. (*Ibid.*, 7 mars.)

Dysenterie. — Troubles nerveux variés consécutifs à une entérite dysentériforme chez un enfant, par E. WAGNER. (*Ibid.*, août.)

Dystocie. — Dystocie par cystocèle vaginale, par DICK. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er août 1880.)

E

Eau. — Procédés de désinfection des eaux sales présentées à l'Exposition de pêcherie de Berlin. (*Vierteljahr. für gerichtliche Medicin.*, octobre.) — Quantité d'eau distribuée à Paris. (*Annales d'hygiène*, septembre.) — L'altération de la Seine en 1880, par AUG. GÉRARDIN. (*Revue d'hygiène*, septembre 1880.) — Nécessité de l'eau dans les habitations pour en assurer la salubrité, par O. DU MESNIL. (*Annales d'hygiène*, V. p. 370, avril.). — Indications théoriques et pratiques sur les applications de l'hydrothérapie à l'eau froide, par DALLY. (*Journal de thérapeutique*, n°s 17-18.)

Eaux minérales. — Étude sur le traitement des maladies des enfants à Cauterets, par A. LABASSE. (*Thèse de Paris*, 1880.) — Eaux minérales de Bourbon-Lancy, étude chimique, par A. GLÉNARD. (*Lyon*, in-8°, 48 p.) —

Eaux minérales de Luchon, instructions pratiques avant, pendant et après la cure, par C. Valdès. (*Bagnères*, in-8°.) — Guide médical aux eaux de Néris, par Bonnet de Malherbe. (*Paris*, in-18°.) — Étude sur les dyspepsies, sur les viscéralgies et leur traitement par les eaux de Vichy, par C. Lugagne. (*Vichy*, in-8°, 139 pag.) — Les eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers (Savoie), par C. Laissus. (*Paris.*) — Nouvelle analyse complète de la source des Trois-Césars, d'Aulus (Ariège), par G. Garrigou. (*Toulouse*, in-8°.) — Balaruc-les-Bains, au point de vue des indications thérapeutiques, par A. Planche. (*Montpellier.*) — Notice sur l'eau minérale de Condillac (Drôme), par Pize. (*Montélimar*, in-8°.) — Esquisse géologique sur Cauterets, ses montagnes, ses sources et sa vallée, par Duhourcau. (*Tarbes.*) — Des indications du traitement par l'eau sulfureuse d'Allevard, par A. Niepce, fils. (*Grenoble.*) — De l'action thérapeutique des Eaux-Bonnes, dans les affections de la gorge, du larynx, des bronches et spécialement dans l'asthme, par Cazenave de la Roche. (*Paris.*) — Maladies chroniques traitées aux eaux minérales d'Aulus, de 1848 jusqu'en 1881, par Bordès-Pagès. (*Toulouse*, recueil de 230 observations cliniques.) — Les eaux thermales de Lavey et leurs valeur thérapeutique, par A. Suchères. (*Paris et Lausanne.*) — Recueil d'observations physiologiques et cliniques sur les eaux minérales de Vals (Ardèche), par Clermont, suivi d'une note géologique et paléontologique sur Vals et ses environs, par Jourdan. (*Paris*, in-8° de 340 pages.) — De l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes (Source-Vieille), sur l'excrétion de l'urée, par Andral, 20 rapports sur ce travail, par Byasson. (*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. XXVI.) — Etude sur les réactions électriques des eaux de Luxeuil, par P. Bénard, rapport sur ce travail, par C. Paul. (*Ibid.*, t. XXVI.) — Les eaux sulfureuses et la métallothérapie à propos d'un cas d'aphonie nerveuse guérie à plusieurs reprises par les eaux de Cauterets, par Duhourcau. (*Ibid.*, t. XXVI.) — Sur la balnéation thermale, par Durand-Fardel. Discussions de ce mémoire, par Grellety. (*Ibid.*, t. XXVI.) — De l'usage et de l'abus de l'hydrothérapie dans les stations thermales, par Gillebert-d'Hercourt. (*Ibid.*, t. XXVI.) — De la publication d'un Annuaire des eaux minérales de la France, par la Société d'hydrologie médicale de Paris, par M. Caulet. (*Ibid.*, t. XXVI.) — Observations météorologiques recueillies à Andabre-les-Eaux, près Camarès (Aveyron), par Bloc. (*Ibid.*, t. XXVI). — Rapport sur les eaux minérales de la Révalle (Puy-de-Dôme, César de Reipert-Sweiler (Basse-Alsace), Kronthaler (Bas-Nassau), Wilhemsquelle (Prusse), par Proust. (*Bul. ac. méd.*, 2e série, t. X, n° 25.) — Rapport sur l'eau minérale de Baracci (Corse), par Bonis. (*Ibid.*, t. X, n° 29.) — Rapport sur l'eau minérale d'Amiens (Somme), par M. Lefort. (*Ibid.*, t. X, n° 5.) — Notes sur la station thermo-minérale d'Hammam-Rira, par St.-G. Limbo. (*Journal de thérapeutique*, n° 11.) — L'eau minérale de l'Atlas (eau sulfureuse de Belleville), par Bardet. (*Revue d'hygiène*, p. 375, juillet.) — La diététique des eaux minérales suivie d'un guide des stations de l'Europe centrale, de Von Ammon, 7e édition, par H. Reimer. (*Liepzig*, 1880). — Les eaux alcalino-acidulo-ferrugineuses de Fideris, par C. Veraguth. (*Zurich.*) — La protection légale des eaux minérales dans les différents Etats civilisés et plus spécialement en Espagne, par Kribben. (*Vierteljahr. für gerich. Medicin und œff. Sanitæt*, p. 282, avril.)

Éclampsie. — Cas graves d'éclampsie suivie de guérison par la provocation ou l'accélération du travail et les inhalations de chloroforme, par Triaire. (*Arch. de tocologie*, déc. 1880.) — Viscères de deux accouchées mortes d'éclampsie, et présentant des hémorragies universelles, par Juergens.

(*Berliner klinische Wochens.*, 6 juin.) — Pronostic de l'éclampsie puerpérale, par LOEHLEIN. (*Ibid.*, 25 octobre.)

École. — Résultats d'une enquête sur l'hygiène des écoles du canton de Berne, par PFLUEGER. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aertze*, 15 février.) — Rapport à la Société de médecine publique sur les mesures à prendre contre les attitudes scolaires vicieuses, par THORENS. (*Revue d'hygiène*, p. 406 et 570, mai.) — La couleur des yeux, des cheveux et de la peau chez les enfants des écoles du canton de Fribourg, par P.-A. BOÉCHAT. (*Fribourg*, 1880.) — Règlement belge sur les règles à suivre dans la construction des écoles normales primaires. (*Annales d'hygiène publique*, p. 376, octobre.) — Étude sur la composition de l'air dans les écoles, par ELIAS HEYMAN. (*Ibid.*, septembre et octobre.) — De l'inspection hygiénique et médicale dans les écoles, par E. JANSSENS. (*Bruxelles*, 1880, *Revue d'hygiène*, p. 250, mars.) — La question des bancs d'école au point de vue médical, pédagogique et technique, par MEYER. (*Dortmund*, 1881.)

Eczéma. — Traitement de l'eczéma par les pansements occlusifs gras, par P.-G. UNNA. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 30 août 1880.) — Eczéma chronique à peu près symétrique, par MAX BARUCH. (*Ibid.*, 18 avril.) — Du traitement de l'eczéma, par LASSAR. (*Ibid.*, 10 janvier.) — Eczéma chronique des doigts de la main, guéri en quelques jours par un mélange de glycérine et de sel de Saturne, puis ultérieurement par des badigeonnages de nitrate d'argent au 1/30, par A.-W. FOOT. (*Dublin j. of med. sc.*, p. 100, août.) — L'eczéma impétigineux de la tête et ses complications par E. SIRUGUES. (*Thèse de Paris*, n° 241.)

Électricité. — Sur une nouvelle application de l'électricité aux accouchements, par APOSTOLI. (*Ann. de gynécologie*, mai.) — Agénésie guérie par les courants constants, par G. IRMINGER. (*Correspond. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er mars.) — Applications médicales de l'électricité en dehors des affections du système nerveux, par A. GUENTHER. (*Ibid.*, 15 août 1880.) De la faradisation générale ou successive de la totalité du corps, par MŒBIUS. (*Berliner klinische Woch.*, 22 novembre 1880.) — Du traitement des contractures par les courants voltaïques alternants, par MORITZ MEYER. (*Ibid.*, 20 décembre 1880.) — Des propriétés calmantes de l'électricité, par PAUL-JULIUS MŒBIUS. (*Ibid.*, 30 août 1880.) — Du traitement des contractures par les courants voltaïques alternants (discussion du travail de MEYER, par REMAK. (*Ibid.*, 31 janvier.) — Étude physiologique et clinique des surfaces en contact avec le sol, par ONIMUS. (*Revue de médecine*, août.) — L'électricité : Ses applications au diagnostic et au traitement des maladies, par BOUDET DE PARIS. (*Ibid.*, septembre, octobre.) — Influence de l'électrisation sur la température des organes, par LETOURNEAU. (*Tribune médic.*, 31 juillet.) — Exophtalmos pulsatile de l'orbite, guéri par l'électro-puncture, par GEORGE MARTIN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 juin.) — Un cas de grande hystérie traitée par l'électricité, par ROUX. (*Gaz. des hôpit.*, 19 juillet.) — Les appareils médicaux de Trouvé, par SURY-BIENZ. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er et 15 mars.) — Appareils galvanocaustiques de Voltolini et polyscope de Trouvé, par F. GOLT. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aertze*, 15 août 1880.)

Éléphantiasis. — Éléphantiasis de la grande lèvre droite, ablation, guérison, par SENEBIER. (*Lyon méd.*, 30 oct.) — Extirpation d'un éléphantiasis clitoridien de la grosseur de 2 doings. Guérison, par VEIT. (*Berliner klinische Woch.*, 6 juin.)

Embryon. — Leçons d'embryogénie humaine et comparée des vertébrés, par G. Romiti. (*Sienne*, 1re partie, 1 vol. in-8°.)

Emphysème. — De l'emphysème sous-cutané d'origine pulmonaire dans la tuberculose, par Heron. (*Thèse de Paris*, n° 258.) — De l'iodure de potassium dans l'emphysème pulmonaire, par M. Boutiron. (*Thèse de Paris*, n° 153.)

Empoisonnement. — Note relative aux poisons vénéneux, par Corre. (*Arch. de méd. nav.*, n° 1.) — Manuel de toxicologie pratique, par F.-A. Falck. (*Stuttgart*, 1880. — Expériences de toxicologie, par B. Luchsinger. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 septembre.) — Circulairé ministérielle relative à la rédaction des ordonnances contenant des substances vénéneuses. (*Annales d'hygiène*, V, p. 392, avril.) — La formulation des substances toxiques, par E. Vallin. (*Revue d'hygiène*, 721, septembre.) — Les réactifs vivants les plus sûrs pour les substances toxiques, par M. J. Rossbach. (*Berliner klinische Wochensch.*, 6 septembre 1880.) — De l'expérimentation physiologique comme preuve de l'empoisonnement par les alcaloïdes organiques, par E. Boutmy. (*Annales d'hygiène publiq.*, septembre 1880.) — Nouveaux phénomènes de l'empoisonnement par la nicotine, par B. Von Anrep. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, p. 209, 1880.) — Atropine comme antidote de l'opium, par R. Coltmann. *Philad. med. and surg. reporter*, 25 juin. — *Idem.*, par Ford. (*Saint-Louis med. journal*, juin.) — De la morphine comme antidote de l'atropine, par V. Leder. (*Allgem. med. Centr. Zeitung*, n° 102, 1879. *Berlin. klinisch. Wochens. Ibid.*, 5 juillet 1880.) — De l'atropine comme antidote de la morphine, par R. Kobert, 5 juillet 1880. — De l'antagonisme de l'atropine et de la morphine avec relation médico-légale, d'une intoxication double par le laudanum et l'atropine, par Brouardel. (*Annales d'hygiène publiq.*, p. 172, février.) — De l'empoisonnement accidentel par le sulfate neutre d'atropine employé en collyre, par G. Beauvais. (*Annales d'hygiène*, p. 41, janvier.) — Empoisonnement par l'atropine guéri au moyen d'injections sous-cutanées de morphine, par Schueler. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) — La morphinomanie chronique et son traitement par privation graduelle, par R. Burkart. (*Ibid.*, 10 janvier.) — Empoisonnement par de l'aniline contenant de la nitrobenzine, par M. Litten. (*Ibid.*, 10 janvier.) — Empoisonnement par l'helvelle comestible, par Schueler. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) — Relation d'empoisonnements multiples par l'helvelle comestible (mître d'évêque), par Maurer. (*Aerztl. Intelligenz-Blatt*, n°s 1 et 2.) — De l'empoisonnement par la strychnine, par Ad. Boyer. (*Annales d'hygiène*, V, p. 247.) — Du traitement de l'empoisonnement par le datura au moyen du maillot humide, par J.-H. Fiertz. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 octobre). — De l'empoisonnement par l'acide oxalique, par A. Fraenkel. (*Ibid.*, 3 janvier.) — Découverte d'un empoisonnement par le cyanure de potassium, 4 mois après la mort, par Eduard Zillner. (*Vierteljahr. für gerich. Medicin und œffent. Sanitæt*, p. 193, octobre.) — L'arsenic des papiers de tenture, par Stevenson Macadam. (*Sanitary Record*, avril 1880.) — Empoisonnement par l'acide sulfurique. — Meurtre ou suicide? par Maschka. (*Vierteljahreschrift für gerichtliche Medicin*, p. 197, avril.) — Empoisonnement par 5 grammes d'aloès; guérison, par Stumpf. (*Ibid.*, octobre 1880.) — Mort par suite d'empoisonnement par l'arsenic, ou au contraire, mort naturelle? par Maschka. (*Ibid.*, 223, octobre 1880.) — Empoisonnement accidentel d'un jeune enfant avec un crayon vert à base d'arsénite de cuivre, par Cameron. (*The Dublin journ. of med. Sc.*, p. 56, juillet.) — Contribution nouvelle à la théorie de l'empoisonnement par l'arsenic, par H. Schulz. (*Arch. f. exper. Pathol.*

u. Pharmak., *Band* XIII, *Heft.* 3-4.) — Empoisonnement de 3 enfants par les semences fraîches de datura stramonium, par A. Baader. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er octobre.) — Des empoisonnements par l'acide sulfurique, par M. Litten. (*Berliner klinis. Wochens.*, 17 et 31 octobre.) — Empoisonnement par l'acide chlorhydique ; guérison malgré une dose assez considérable d'acide absorbé par Archibald Macdonald. (*Edinb. med. journ.*, p. 1093, juin.) — Sur l'intoxication par l'acide phénique. (*Tijdechr. vook Geness*, 1880, n° 45, p. 725.) — Cas d'empoisonnement par le salicylate de soude. Guérison par Kisch. (*Prag. med. Wochensch.*, 1880.) — Intoxication phosphorée ; son traitement par l'essence de térébenthine, par E. Mareau. (*Thèse de Paris*, n° 313.) — Affection hémorragique chez un enfant causée vraisemblablement par un empoisonnement dû à la térébenthine, par Sury-Bienz. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 décembre 1880.) — Intoxication par le chlorate : mort de 4 enfants. Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, par Brouardel et l'Hote. (*Annales d'hygiène*, p. 232, septembre. — A propos de l'empoisonnement par la nitrobenzine, par Eulenberg. (*Berliner klinische Woch.*, 4 juillet.) — Empoisonnement accidentel par le deutochlorure de mercure, par Barthélemy. (*Annales d'hygiène publiq.*, octobre 1880.) — Des principes toxiques contenus dans certaines espèces de whiskey, par Ch.-A. Cameron. (*The medical Press and circular*, 1880, p. 386.) — Empoisonnement aigu par l'alcool chez les enfants, par Petyko. (*Med. Chir. Rundschau*, n° 2.) — Recherches sur l'empoisonnement par la viande, par Meymott Tidy. (*Annales d'hygiène*, p. 289, septembre). — Les empoisonnements par de la viande à Spreitenbach, par P. Nicriker. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 octobre.) — Note sur une intoxication par les gaz de la combustion du charbon, par P.-L. Dunant. (*Revue médicale de la Suisse romande*, avril et *Revue d'hygiène*, mars.) — L'oxyde de carbone, source de danger pour la santé dans les appartements chauffés par des poêles, par Ira Remsen. (*National Board of health*, 25 juin.)

Enchondrome. — Enchondrome de l'index, par Gosselin. (*Gaz. des hôpit.*, 6 octobre.)

Endocarde. — Des endocardites, et notamment de l'endocardite végétale ulcéreuse, par Lancereaux. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Enfants. — Traité des maladies des enfants, par C. Gerhardt, 4e édition revue et augmentée. (*Tubingen*, 1880.) — Leçons sur les maladies de l'enfance, par E. Henoch. (*Berlin.*) — Sur la protection de l'enfance abandonnée ou coupable, par Motet. (*Revue d'hygiène*, novembre 1880.) — Des dispensaires pour enfants malades, par A. Foville. (*Annales d'hygiène*, V, p. 446, mai) — Étude sur la création d'une colonie maritime d'enfants malades à Arcachon, par Bourdier. (*Thèse de Bordeaux*, 11 juin.) — Statistique des enfants abandonnés en Italie. (*Berliner klinische Wochen.*, 11 octobre.) — Conditions sanitaires des enfants employés dans la broderie aux machines , par Buschbeck (de Planen). (*Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin*, 66, janvier.) — Moyens de préserver les enfants des funestes effets des attitudes vicieuses scolaires, par Bornibus. (*Annales d'hygiène publ.*, octobre 1880.) — Mortalité des enfants en Italie, par Guiseppe Sormani. (*Milan.*) — Crâne et cerveau d'un enfant de 5 mois atteints à la suite d'un traumatisme, de lésions analogues à celles de la démence paralytique, par Jurgens. (*Berliner klinische Wochens.*, 15 novembre 1880). — Contributions pratiques à la médecine des enfants, 1er fascicule : pneumonie et pleurésie, par Adolf Baginsky. (*Tubingue*, 1880. — *Berliner klinische Wochens.*, 17 janvier.) — La périthyphlite chez les enfants, par Gibney. (*American Journal*, janvier, p. 119.) — Ascite dans l'enfance, par Seiler.

(*Berliner klinische Wochens.*, 27 juin.) — Caractère dominant des maladies de la peau chez l'enfant, par GUIBOUT. (*Gaz. des hôpit.*, 4 août.) — Fongus hématode de la face chez un enfant, par A. BAGINSKY. (*Berliner klinische Wochens.*, 8 août.) — Péliose rhumatismale chez un enfant, par RŒHRING. (*Berliner klinische Wochens.*, 27 juin.) — De l'emploi de l'alcool chez les enfants, par JULES SIMON. (*Progrès médical*, 24 septembre.) — De l'emploi du podophyllin et de la podophyllotoxine chez les enfants, par O. BRUN. (*Archiv für Kinderh.*, II, fasc. 6 et 7.)

Épidémie. — Des maladies épidémiques dans le département de la Seine durant les années 1879 et 1880, par GUSTAVE LAGNEAU. (*Annales d'hygiène*, 193, septembre.)

Épilepsie. — Sur une forme grave de l'épilepsie, par E. MORLOT. (*Thèse de Paris*, n° 310.) — Des modifications du poids du corps après les attaques épileptiques, par JOLLY. (*Berliner klinische Wochens.*, 27 juin.) — Du poids du cerveau et du cervelet chez les épileptiques, par MARIE BRA. (*L'Encéphale*, n° 2.) — Présentation du cerveau d'un dément épileptique, par SANDER. (*Berliner klinische Wochens.*, 8 novembre 1880.) — Sur la folie épileptique et particulièrement sur l'aura, par P. ARIS. (*Thèse de Paris*, n° 272.) — Contribution au diagnostic des équivalents de l'attaque épileptique; accidents variés non convulsifs, par A. WERBEL. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er avril.) — Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie par G. COULBAULT. (*Thèse de Paris*, n° 319.) — Note sur un cas d'épilepsie d'origine utérine, par TERRILLON. (*Ann. gynécol*, juin.) — De l'épilepsie et des autres maladies chroniques convulsives; causes, symptômes et traitement, par W.-R. GOWERS. (In-8°, *Londres*.) — Du traitement de l'épilepsie par les injections sous-cutanées de curare, par EDLEFSEN. (*Berliner klinische Wochens.*, 4 juillet.) — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, par HUBLÉ. (*Thèse de Paris*, n° 176.) — De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière, par G. FERRAND. (*Thèse de Paris*, n° 212.)

Épithélium. — Recherches anatomiques et physiologiques sur les cellules à cils vibratiles, par IBRAHIM CHAMIL. (*Thèse de Paris*, n° 374.)

Épithélioma. — Quatre cas d'épithélioma bénin de la face, par MATHIEU. (*Archives. de méd.*, juin.)

Éruption. — Éruptions causées par des chaussettes de laine rouge teinte avec un sel de rosaniline renfermant de l'arsenic, par PABST. (*Revue d'hygiène*, p. 140, février.)

Érysipèle. — Sur le traitement abortif de l'érysipèle, par HEPPEL. (*Arch. ot dermatol.*, avril, p. 147). — Sur l'érysipèle médical deuthéropathique ou intercurrent, par MOIROUD. (*Thèse de Paris*, n° 242.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle, par DUPEYRAT. (*Thèse de Paris*, n° 285.) — Érysipèle traumatique, méningite septique, par ROHER. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er janvier.) — De l'érysipèle traumatique, par GOSSELIN. (*Gaz. des Hôp.*, 20 octobre.) — Fracture de la rotule, érysipèle phlegmoneux. Mort, par RICHET. (*Gaz. des Hôp.*, 27 octobre.)

Érythème. — De l'arthritide polymorphe fébrile à forme grave ou érythème papuleux, par H. SOULIER (*Lyon méd.*, 2 octobre.)

Estomac. — Forme grave de catarrhe chronique de l'estomac traitée par le lavage, par RIVA. (*Lo Sperimentale*, août.) — Atrophie généralisée, cir-

rhose de l'estomac avec disparition des glandes à pepsine, par SCHMITT. (*Rev. méd. de l'Est*, p. 235.) — Contribution au diagnostic de la dilatation de l'estomac, par ULR. BUGGE. (*Zeit. f. prakt. Med.*, 10). — Dilatation stomacale chez un homme de 23 ans, s'accompagnant d'une diminution remarquable de la température (35°) et du pouls (44), par E. WAGNER (*Berliner klinische Wochens.*, 18 avril.) — Fait complexe de dilatation stomacale, par M. MALBRANC. (*Ibid.*, 12 juillet 1881.) — Observation de rupture de l'estomac sans solution de continuité des parois abdominale. Lésions multiples concomitantes, par M. ROHMER. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, 1879-80, p. 114.) — Ulcère rond de l'estomac. Mort par perforation de l'artère splénique au milieu des symptômes de l'anémie pernicieuse, par M. LITTEN. (*Berliner klinische Wochens.*, 6 décembre 1880.) — Du cancer du cardia, par G. LOISON. (*Thèse de Paris*, n° 317.) — Du lavage de l'estomac, par FAUCHER. (*Thèse de Paris*, n° 167.) — Du lavage de l'estomac, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. de thérap.*, octobre 1880.) — Quelques observations et remarques sur les lavages de l'estomac, par DE CÉRENVILLE. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 386, juin.) — Présentation de 3 pylores réséqués par Billroth, par MIKULICZ. (2 morts.) (*Berliner klinische Wochens.*, 23 mai.)

Exostose. — Exostose éburnée du frontal remplissant les cavités de l'orbite et du cerveau. Présentation de la pièce pathologique, par T. CARRERAS ARAGO. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 4, p. 223.) — Présentation de deux jeunes hommes atteints d'exostoses épiphysaires multiples, par VON LESSER. (*Berliner klinische Wochens.*, 13 décembre 1880.) — Exostose traumatique fusiforme de la clavicule, par STARCKE. (*Ibid.*, 9 mai.) — Des exostoses chez les adolescents, par METTAS. (*Thèse de Paris*, n° 281.)

Expectoration. — Importance de l'examen des crachats, par E. WAGNER. (*Berliner klinische Wochens.*, 20 juin.)

F

Farcin. — Du farcin chronique étudié au point de vue clinique et expérimental, par A. CLÉMENT. (*Thèse de Paris*, n° 191.)

Ferment. — Des ferments végétaux digestifs, par H. BUFFALINI. (*Naples*, 1880.)

Fibrome. — Trois cas de fibromyomes malins, par JUERGENS. (*Berliner klinische Woch.*, 22 août.)

Fièvre. — Traité des fièvres continues, par J.-C. WILSON. (In-8°, *New-York*.) — Possibilité de la transmission de la fièvre aphteuse à l'homme par l'espèce bovine, par DELEST. (*Thèse de Paris*, août.) — Sur la fièvre bilieuse inflammatoire à la Guyane, par FLAGEL. (*Thèse de Bordeaux*, 6 juillet.) — Etude clinique sur les fièvres de la vallée du Mississippi, par RICHARD MAURY. (*Amer. Journ. of med. Sc.*, avril, p. 395.) — Épidémie de fièvre récurrente dans le service de Frerichs, par BRIEGER. (*Charité. Ann.*, VI, p. 136.) — La fièvre rémittente au Caire en 1880-81, par JOSEPH RABITSCH. (*Berlin. klinische Woch.*, 12 septembre.) — Sur la gravité des opérations pratiquées pendant la période de la fièvre traumatique, par DUBREUIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 17 septembre.)

Fièvre intermittente. — De la fièvre intermittente dans la vallée de Chambéry, par A. Masson. (*Mém. de l'Acad. de Savoie*, tome IX.) — Des fièvres intermittentes chez les enfants, par A. Carles. (*Thèse de Paris*, n° 169.) — Quelques cas de fièvres intermittentes graves ou larvées, par M. Bonamy (de Nantes). (*Bull. de Thérap.*, août 1880.) — Fièvre pernicieuse cholérique, par A. Martin. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la congestion pulmonaire d'origine paludéenne, par Padieu. (*Gaz. des hôp.*, 20 octobre.)

Fièvre jaune. — De la fièvre jaune, par M. Beutner et J. Monteiro. (*Berliner klinische Wochens.*, 12 juillet 1880.) — La fièvre jaune à la Martinique sous le rapport sanitaire, par Ballot. (*Revue d'hygiène*, p. 548, juillet.) — De la prophylaxie de la fièvre jaune sur les rades des Antilles, par O. Saint-Vel. (*Ibid.*, novembre 1880.) — Des mesures à prendre pour empêcher l'extension de la fièvre jaune d'un pays à l'autre ou dans le même pays, par Robert Lawson. (*Ann. d'hygiène*, p. 277, septembre.)

Fistule. — Sur les fistules urinaires ombilicales par persistance de l'ouragne, par Naury. (*Thèse de Paris*, n° 253.) — Sur la fistule à l'anus chez les tuberculeux, par Hugard. (*Ibid.*, n° 193.) — Guérison d'une fistule stercorale du thorax par la thoracentèse, par Tillmans (sans détails). (*Berliner klinische Woch.*, 23 mai.)

Fœtus. — Présentation d'un fœtus dont le placenta adhère à la dure-mère, par Hein. (*Berliner klinische Woch.*, 25 octobre 1880.) — Présentation d'un fœtus jumeau retenu jusqu'au 5e mois dans l'utérus, par Martin. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Présentation d'un fœtus de 6 mois, de parents sains, ayant une ascite causée par hypertrophie granuleuse du foie, par Kretschmer. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Cas de plaies, fractures et amputations de fœtus dans la matrice, par Cathala. (*Thèse de Montpellier*, n° 37.)

Foie. — Sur la localisation de la graisse dans le lobule hépatique dans certains cas de foie gras, par Mayor et Siredey. (*Progrès méd.*, 23 juillet.) — Foie et voies biliaires, par Th. Thierfelder, O. Ponfick, O. Schueppel, O. Leichtenstern, A. Heller, 2e édition. (*Ziemmsen's Handbuch, VIII.*) — Note sur deux cas d'ictère grave, par Galliard. (*Revue de méd.*, septembre): 1° Ictère grave dû à une hépatite diffuse vraie avec dégénération graisseuse des cellules hépatiques et néoformation de canalicules biliaires; 2° ictère chronique causé par un cancer de la tête du pancréas terminé par des symptômes d'ictère grave, avec examen histologique du foie et des reins. — Contribution à l'étude des ictères graves hémorragiques se terminant par la guérison, par Raymond. (*Ibid.*, septembre.) — Fait d'ictère noir rebelle, terminé finalement par la guérison, par Cahen. (*Berliner klinische Woch.*, 21 février.) — Cirrhose du foie avec ictère, chez un garçon de seize ans, sans antécédents alcooliques évidents, par A. Whynne Foot. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 98, août.) — Cirrhose du foie chez une fille de 10 ans atteinte de péritonite tuberculeuse, par Moore. (*Med. Times*, 29 janvier.) — Note sur un cas de cirrhose hypertrophique avec ictère, par Chantemesse. (*Progrès méd.*, 17 septembre.) — Énorme adénome du foie, par E. S. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 11 août 1880.) — Cancer primitif du foie, par Gilles de la Tourette. (*Soc. anat.*, 25 mars.) — Sur les abcès du foie observés dans les pays chauds, par Bonnaud. (*Thèse de Lyon*, 26 juillet.) — Sur les abcès du foie, par A. Maurel. (*Thèse de Paris*, n° 226.) — Quelques complications des abcès du foie du côté des organes respiratoires, par F. Dupuy. (*Thèse de Paris*, n° 342.) — Observation d'abcès du foie guéri par aspiration, par George Duffey. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 481, juin.) — Abcès du foie et dysenterie, par J. Fayrer. (*Lancet*, 14 mai.) — Abcès du foie chez une enfant de 3 ans 1/2, avec

lésions dysentériques du gros intestin, par NORMAN MOORE. (*Med. Times*, 29 janv.) — Abcès du foie guéri spontanément par l'ouverture du foyer dans les bronches, par SAVARD. (*Soc. anat.*, 18 février.) — Traitement des abcès du foie par l'ouverture large et directe combinée avec la méthode antiseptique de Lister, par M. J. ROCHARD. (*Bull. de thérap.*, novembre 1880.) — La quinine contre les coliques hépatiques, par K. KUESTER. (*Berliner klinische Woch.*, 4 juillet.) — Sur le traitement de la jaunisse, par H. COOK. (*The practitioner*, août 1880.)

Forceps. — Les forceps agissant suivant l'axe et le forceps de Tarnier, par LAHS. (*Stuttgart.*)

Foudre. — Un cas de fulguration mortelle avec autopsie, par P. NICRIKER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, septembre.) — Relation de 8 cas d'accidents par la foudre, dont un mortel avec autopsie, par GANGUILLET. (*Ibid.*, septembre.)

Fractures. — Des fractures complètes des cartilages diarthrodiaux, par SPITE. (*Thèse de Paris*, n° 197.) — Du diagnostic des fractures et luxations articulaires, par B. SCHMIDT. (*Berliner klinische Woch.*, 23 mai.) — Des complications des fractures de la clavicule ; de la blessure du poumon, par MERCIER. (*Thèse de Paris*, n° 201.) — Des fractures du coude, par LEUF. (*Ann. of anat. and surgery*, juillet.) — Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius, par E. VANNEREAU. (*Thèse de Paris*, n° 321.) — Présentation d'un fait de chirurgie conservatrice : broiement étendu des muscles, fracture comminutive compliquée de la tête du cubitus avec ouverture de l'articulation huméro-cubitale et saillie de l'extrémité articulaire de l'humérus. Extraction des esquilles. Irrigation continue. Guérison sans fièvre, par STARCKE. (*Berliner klinische Woch.*, 24 janvier.) — Fracture de l'épine iliaque antérieure, par MIGNOT. (*Soc. des sc. de Gannat*, p. 39.) — Contribution au traitement des fractures du fémur chez les petits enfants, par LENTZE. (*Berliner klinische Woch.*, 27 décembre 1880.) — A propos du traitement des fractures de cuisse chez les enfants, par JACUBASCH. (*Ibid.*, 28 février.) — Des fractures de la cavité cotyloïdienne de la hanche, par BUSCH. (*Ibid.*, 20 décembre 1880.) — Fracture extracapsulaire du col du fémur, par H. GORDON. (*Dublin Journ. of med sc.*, p. 499, juin.) — Fracture intercondylienne du fémur, par BOULEY. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — Fracture simultanée des deux rotules par action musculaire, par DESGUIN. (*Ann. de la soc. d'Anvers*, juin.) — De quelques cas de conservation dans le traitement des fractures compliquées du tiers inférieur de la jambe, par E. CLAUDE. (*Thèse de Paris*, n° 148.) — Sur les fractures de l'astragale par écrasement, par DUPEYRON. (*Ibid.*, n° 236.)

Froid. — Sur l'emploi de la congélation artificielle en chirurgie, par SAUCEROTTE. (*Gaz. hebd.*, p. 353, 1880.)

G

Gale. — Note sur le traitement de la gale dans les campagnes, par CLÉMENCEAU DE LOQUERIE. (*Annales d'hygiène*, t. VI, p. 40, juillet.) — *Idem.*, par PAUL FABRE. (*Ibid.*, p. 419, mai.)

Gangrène. — Fracture comminutive de la jambe : gangrène galopante, par GOSSELIN. (*Gaz. des hôpitaux*, 30 juin.) — Gangrène sèche de l'avant-bras

gauche, suite de fracture du cubitus et luxation du radius en avant. Guérison, par E. Pereton. (*Soc. méd. de Gannat*, p. 24, 1880.) — Observation de gangrène sèche et spontanée de la main et de l'avant-bras chez une femme, par Mignot. (*Ibid.*, p. 18, 1880.)

Gastrostomie. — Corps étranger de l'estomac. Œsophagotomie et gastrotomie, par Bille (de Bromberg). (*Berliner klinische Woch.*, 20 septembre 1880.) — Deux observations de gastrostomie et une de duodénostomie, par Carl Langenbuch. (*Ibid.*, 25 avril.)

Genou. — Plaie pénétrante de genou réunie par première intention, par Louis Wolberg. (*Berliner klinische Woch.*, 22 novembre 1880.) — Présentation d'une jeune fille ayant subi une double opération d'Ogston pour deux genu valgum, par Rose. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.) — Traitement du genou en dedans par un nouvel appareil, par Guers. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Deux genu valgum traités par la méthode d'Ogston, par Graefe. (*Berliner klinische Woch.*, décembre 1880.) — Traitement du genu valgum, chez l'adulte, par l'ostéotomie extra-articulaire, par J. Boeckel. (*Bull. de thérap.*, août 1880, p. 117.)

Géographie médicale. — Sur l'étiologie des maladies les plus communes à la Réunion, par G. Pellissier. (*Thèse de Paris*, n° 179.) — De la mortalité des Européens en Cochinchine, par Candé. (In-8°, *Paris*.) — Géographie nosologique de l'Italie, par Guiseppe Sormani. (*Rome*.) — Traité de pathologie historique et géographique, par Auguste Hirsch. (2e édition, *Stuttgardt*, 1881.)

Glandes. — De l'épithéliome calcifié des glandes sébacées, par Chenantais. (*Thèse de Paris*, n° 375.)

Glycogène. — Le glycogène dans les épithéliums normaux et pathologiques, par Alexander Schiele. (*Thèse de Berne*, 1880.)

Glaucome. — Du glaucome hémorragique, par J. Interiano. (*Thèse de Paris*, n° 256.) — Du glaucome, par E. Mandelstamm. (*Volkmann's Sammlung*, n° 206.) — Glaucome survenu le 3e jour des couches, par Brodfuehrer. (*Berliner klin. Woch.*, 10 octobre.) — L'ésérine dans le glaucome, par E. Schlegel. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 686, 1880.)

Goutte. — De l'influence de la goutte sur les affections et les opérations de l'œil, par F. Gauté. (*Rec. d'ophth.*, n° 6, p. 315, et n° 6, p. 333.) — Goutte et rhumatisme, par Potain. (*Gaz. des hôpit.*, 6 octobre.)

Greffe. — Greffe animale (lapin) sur un ulcère variqueux ; succès, par de Lamallerie. (*Soc. des sc. de Gannat*, p. 42.)

Grenouillette. — De la grenouillette sushyoïdienne, par Bay. (*Thèse de Paris*, n° 366.)

Grossesse. — Influence de la rétroversion sur la grossesse, par Ahlfeld. (*Berliner klinische Woch.*, 6 septembre 1880.) — La grossesse ovarienne au point de vue anatomo-pathologique, par J. Collet y Gurgui. (*Stuttgardt.*) — Grossesse nerveuse, par Rendu. (*Lyon méd.*, 25 septembre.) — De la grossesse cervicale, par Marchal. (*Union médicale*, 1er et 2 octobre.) — Sur la rétention d'urine au début de la grossesse, par Broussin. (*Arch. de méd.*, septembre.) — De l'hérédité des grossesses gémellaires, par C. Voegtli. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — Observations pour servir à l'évolution des tumeurs pendant la grossesse, par

BAR. (*Ann. gynécol.*, août.) — Contribution à la connaissance de procès évolutif des tumeurs érectiles pendant la grossesse, par GRASSI. (*Ann. gynécol.*, septembre.) — Des tumeurs bénignes pendant la grossesse, et de leur traitement, par GASTRO JÔBIN. (*Thèse de Paris*, n° 363.) — De l'emploi des moyens antiseptiques pendant la grossesse, l'accouchement et ses suites, par A. LABESQUE. (*Thèse de Paris*, n° 242 *bis*.) — Des accidents gravido-cardiaques et de leurs indications obstétricales, par COURRÉJOL. (*Thèse de Paris*, n° 329.) — Des maladies infectieuses aiguës envisagées dans leur influence sur l'interruption de la grossesse, par MAX RUNGE. (*Volkmann's Sammlung*, n° 174.) — Vols commis pendant la grossesse. Question de responsabilité de l'inculpée, par LEOPOLD. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, n° 232, octobre 1880.) — De la coexistence d'une grossesse avec un cancer utérin, par BISCHOFF. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 juillet.) — Grossesse extra-utérine chez une primipare; laparotomie. Mort le troisième jour par péritonite, par GUSSEROW. (*Berliner klinische Woch.*, 29 août.)

Gymnastique. — Recherches expérimentales sur les effets physiologiques de la gymnastique et sur l'entraînement, par ROUHET. (*Thèse de Paris*, n° 336.)

Gynécologie. — Observations gynécologiques du service chirurgical de l'hôpital municipal de Dresde, de 1869 à 1878, par F. LEONHARDI. (*Berliner klinische Woch.*, 5 juillet 1880.) — Traité des maladies des femmes publié sous la direction de Th. Billroth, 3e section : les déviations de l'utérus, par H. FRITSCH. (*Stuttgardt.*) — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par J. MATTHEWS DUNCAN. Édition allemande de E. ENGELMANN. (*Berlin*, 1880.) — La gynécologie opératoire, par A. HEGAR ET R. KALTENBACH. 2e édition. (*Stuttgart.*) — Les principes et la pratique de la gynécologie, par THOMAS ADDIS EMMET. Traduction allemande, par C.-G. ROTHE. (*Leipzig.*) — Maladies des femmes, par HEINRICH FRITSCH. (*Brunswick.*) — Emploi de l'iodoforme en gynécologie, par A. MARTIN. (*Berliner klinische Woch.*, 14 mars.)

H

Helminthes. — Sur le traitement à employer contre les principaux helminthes de l'homme, par BERGUIN. (*Thèse de Paris*, n° 187.) — Étude sur les accidents sympathiques ou réflexes déterminés par les ascarides lombricoïdes dans le canal digestif de l'homme, spécialement pendant l'enfance, par GUERMONPREZ. (*Lille*, in-8°.) — Présence accidentelle, dans les narines d'un enfant de 6 ans, d'un myriapode, le geophilus cephalicus, par JOHN PACKARD. (*Transact. of the college Philadelphia*, 3e série, t. IV, p. 43.) — Distribution géographique et degré de fréquence des entozoaires humains en Suisse, par TH. ZAESTEIN. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Six cas d'ankylostome duodénal chez des ouvriers italiens des lignes du Saint-Gothard, par SCHVENBAECHLER. (*Ibid.*, 1er février.) — Nouvel exemple d'anémie extrême chez un ancien ouvrier du tunnel du Saint-Gothard, dont les selles renfermaient l'ankylostome duodénal, par CH. BAEUMLER. (*Ibid.*, 1er janvier.) — De l'expulsion de l'ankylostome duodénal, par CH. BAEUMLER. (*Ibid.*, 1er août.) — De l'affection du tunnel du Saint-Gothard, par HANS FROEHLICH. (*Ibid.*, 15 février.) — L'ankylostome duodénal et l'anémie du Saint-Gothard, par ED. BUGNION. (*Revue méd.*

de la Suisse romande, t. I, p. 269 et 405, mai et juillet.) — Un cas d'ankylostome chez un ancien ouvrier du tunnel du Saint-Gothard, guéri par l'extrait éthéré de fougère mâle, par LANG. (*Ibid.*, t. I, p. 625, octobre.) — Cas d'ankylostome chez un ancien ouvrier du Saint-Gothard, par BUGNION. (*Ibid.*, p. 189, mars.) — Ankylostome duodénal, par SONDEREGGER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 octobre 1880.)

Hématome. — Cas d'hématomètre, par BADOUD. (*Revue méd. de la Suisse romande*, t. I, p. 459, juillet.) — Hématocèle vaginale par imperforation du sphincter, mort par péritonite consécutive à la ponction, par ROENNE. (*Berliner klinische Woch.*, 11 octobre 1880.)

Hémorragie. — Épistaxis, injection de perchlorure de fer pur dans les fosses nasales ; pharyngite et laryngo-bronchite consécutives, mort par gangrène pulmonaire, par MALHERBE. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*) — Cas d'épistaxis chez un homme atteint de cirrhose du foie, par CH. BOYER. (*Med. Times*, 15 janvier.) — Des hémorragies gravidiques, par G. NUTTE. (*Thèse de Paris*, n° 188.) — De l'hémorragie post-puerpérale et de ses divers modes de traitement; en particulier de la faradisation, par TANGUY. (*Thèse de Paris*, n° 287.) — De l'hématurie chyleuse, sa genèse, son traitement, par U. COLLIGNON. (*Thèse de Paris*, n° 317.) — Du diagnostic différentiel de l'hématurie et de l'hémoglobinurie, principalement dans quelques maladies endémiques des pays chauds, par F. BREJON. (*Thèse de Paris*, n° 193.) — Note sur l'emploi des bains chauds dans un cas d'hémorragie vésicale, par MOURSON. (*Journ. de thérap.*, novembre 1880.) — L'atropine est supérieure à l'extrait de seigle ergoté dans les hémorragies, par TACKE. (*Berliner klinische Woch.*, 7 février.) — Sur l'emploi du perchlorure e fer dans les hémorragies internes, par L. GUESTRE. (*Thèse de Paris*, n° 228.)

Hernie. — Hernie diaphragmatique, par HENROT. (*Union médicale du Nord-Est*, août.) — Un cas de hernie diaphragmatique, par BOEGEHOLD (*Berliner klinische Woch.*, 30 mai.) — Hernie diaphragmatique congénitale ne permettant le fonctionnement que d'un poumon. Mort le 4e jour de la vie extra-utérine, par JUERGENS. (*Ibid.*, 17 janvier.) — De l'étranglement herniaire, par DIRSKA (de Vamslau). (*Ibid.*, 6 septembre 1880.) — De la congestion pulmonaire et rénale dans l'étranglement herniaire avec algidité, par G. MULLOIS. (*Thèse de Paris*, n° 331.) — Hernie étranglée du trou ovale, guérie par la herniotomie, par HERMANN STARKE. (*Berliner klinische Woch.*, 6 septembre 1880.) — Tumeur utéro-ovarienne; hernie ombilicale étranglée, rupture transversale de l'intestin, opération, anus contre nature, mort, par LECOQ. (*Soc. anat.*, 18 février.) — Hernie inguinale étranglée, kélotomie, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôpit.*, 11 août.) — Des perforations de l'intestin après la kélotomie, par FOULLIARON. (*Thèse de Paris*, n° 295.) — De l'intervention rapide dans l'étranglement des hernies inguinale et crurale, par V. CHEVAILLIER (*Thèse de Paris*, n° 183.) — Trois cas de hernie étranglée, injection de morphine, réduction facile, par GUILLEMIN. (*Soc. des sc. de Gannat*, p. 53.) — Du traitement des hernies irréductibles, par les injections sous-cutanées de morphine, par BOUSSENOT. (*Thèse de Paris*, n° 356.) — De l'opération radicale de la hernie ombilicale, par VON MESTRAL. (*Thèse de Bâle et Rev. méd. de la Suisse romande*, t. I, p. 517.) — Des opérations modernes de cure radicale des hernies, par REVERDIN. (*Ibid.*, t. I, p. 44 et 171, janvier et mars.) — Cure radicale d'une hernie inguinale énorme, par DUPONT. (*Ibid.*, p. 257, avril.) — L'opération radicale des hernies, entreprise avec les précautions antiseptiques, par AUSDERAN. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Nouveau bandage pour les hernies ombilicales des enfants, par KOCHER. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer*

Aerzte, 1er mars.) — De la résection de l'intestin dans les hernies gangrénées, par CARL JAFFÉ. (*Volkmann's Sammlung*, n° 201.) — Sur les résultats définitifs des opérations radicales de hernies, par H. BRAUN. (*Berliner klinische Woch.*, 24 janvier.)

Herpès. — De l'herpès circiné et de son traitement par la poudre d'Araroba, par E. LASSOU. (*Thèse de Paris*, n° 270.) — Considérations sur l'herpès et la pneumonie, par LAGOUT. (*Soc. des sc. de Gannat*, p. 43.)

Histologie. — Manuel de microscopie clinique, par BIZZOZERO. (*Milan* 1880.) — Cours d'histologie normale, par JOH. ORTH. (*Berlin*, 2e édition.) — Le nouveau système de Zeiss pour microscope (immersion des lentilles dans l'huile), par EBERTH. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er novembre 1880.) — Sur un procédé (solutions faibles de bleu de quinoléine) de coloration des infusoires et des éléments anatomiques pendant la vie, par CERTES. (*Acad. des sciences*, 21 février.) — Structure et genèse cellulaires, par ETERNOD. (*Revue méd. de la Suisse romande*, t. I, p. 114, février.)

Hôpital. — Hôpital civil et militaire de Vannes, par DE CLOSMADEUC. (*Vannes*, in-8°.) — L'asile de Mariville, son état sanitaire et son régime alimentaire, par J. GIRAUD. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, p. 94, 1879-1880.) — L'hôpital des petites villes, par W. MENCKE, avec gravures. (*Berlin*, 1879.) — Les hôpitaux marins pour enfants, par H. REY. (*Annales d'hygiène*, p. 545, juin.) — Les soins aux malades à domicile et à l'hôpital, par TH. BILBROTH. (*Vienne*, 1881.) — Rapport statistique de l'hôpital des fiévreux de Dublin, pendant l'année 1880, par J.-W. MOORE. (*The Dublin Journ. of med sc.*, p. 7, juillet.)

Huitre. — Les huîtres vertes, leur coloration frauduleuse ; moyen de la reconnaître, par JAILLARD. (*Hygiène publique*, t. V, p. 277.)

Hydatides. — Des principales erreurs dans le diagnostic des kystes hydatiques de la face inférieure du foie, par CODET. (*Thèse de Paris*, n° 372.) — De l'état actuel de la science dans le traitement des kystes hydatiques du foie, par LAUNAY. (*Thèse de Paris*, n° 275.) — Nouveau procédé opératoire des kystes hydatiques du foie, par CREYX. (*Thèse de Paris*, n° 367.) — L'Islande, sa pathologie, et en particulier des kystes hydatiques, par S. BOBRIE. (*Thèse de Paris*, n° 284.) — Du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, par E. TURC. (*Thèse de Paris*, n° 370.) — Énorme kyste hydatique du foie, oblitération de la veine cave, enclavement du rein dans la poche, mort par congestion pulmonaire, par SAVARD. (*Soc anat.*, 2 avril.) — Urticaire consécutive à la ponction d'un kyste hydatique du foie, par WEISS (*Berliner klinische Woch.*, 25 juillet.) — Kyste hydatique multiloculaire du petit bassin ; adhérences multiples avec les organes avoisinants, intestins atones ; adhérence de la vessie et incontinence d'urine ; oblitération presque complète du vagin, par BOULEY. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Extirpation d'un kyste hydatique rétro-mammaire fixé sur la plèvre, par VON LESSER. (*Berliner klinische Woch.*, 20 juin.)

Hygiène. — Compte rendu annuel, pour 1880, de l'administration sanitaire du canton de Saint-Gall. (*Saint-Gall.*) — Manuel d'hygiène privée et publique de l'enfance, par JULIUS UFFELMANN. (*Leipzig.*) — Travaux du conseil d'hygiène et de la salubrité de l'arrondissement de Saint-Dié, de 1870-1880, par HENRI BARDY. (*Annales d'hygiène*, t. V, p. 551.) — Compte rendu de la 4e session annuelle de l'Institut sanitaire de la Grande-Bretagne (Exeter, 1880.) (*Ibid.*, t. V, p. 255). — De l'assistance médicale dans les campagnes par ALBERT CHAUDÉ. (*Ibid.*, p. 138, février.) — Modifications

apportées aux institutions d'hygiène publique en Belgique, par l'arrêté royal du 31 mai 1880. (*Ibid.*, p. 557, décembre 1880.) — L'organisation de l'hygiène publique et la mortalité en Autriche, par JULIUS KRATTER. (*Graetz*, 1880.) — Traité de police sanitaire, médicale et d'hygiène publique, publié sous la direction d'HERMANN EULENBERG. (*Berlin.*) — Rapport sur les systèmes d'assainissement urbain en vigueur à Berlin, Amsterdam, Rochdale, Manchester, Croydon, Leamington et Abingdon, par L. MITGAU. (*Brunswick*, 1880.) — Archives de l'hygiène publique en Alsace-Lorraine, publiées sous la direction de H. WASSERFUHR, t. V, 1880. (*Strasbourg.*) — Revue des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire. (*Paris*, t. IX, 1880.) — Calendrier médical de 1882, pour l'Autriche-Hongrie, contenant la législation sanitaire, par CH.-L. PRAETORIUS. (*Vienne.*) — L'organisation de l'assistance publique dans le canton d'Argovie, par H. BIRCHER. (*Aarau.*) — Décret du 25 février 1881, complétant et modifiant la nomenclature des établissements insalubres. (*Ibid.*, t. V, p. 392, avril.) — Rapport sur les travaux des conseils d'hygiène et de la salubrité de la Loire-Inférieure (1879), par HERBELIN (Nantes, 1880). (*Revue d'hygiène*, t. III, p. 133.) — Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène publique de Meurthe-et-Moselle, 1878-1879, par E. DELCOMINÈTE, Nancy, 1880. (*Ibid.*, août 1880.) — Rapport sur les travaux du conseil central d'hygiène et de salubrité de la Seine-Inférieure, pour 1878, par RAISSELIN, Rouen, 1879. (*Ibid.*, septembre 1880.) — Compte rendu de la section de médecine publique du 7e congrès international de médecine, Londres 1881. (*Ibid.*, p. 686 et 762.) — Compte rendu de la section de médecine publique de la 48e session de l'association médicale britannique, Cambridge, 1880. (*Ibid.*, novembre 1880.) — Compte rendu de la section d'hygiène de la 9e session de l'association médicale italienne. (*Ibid.*, octobre 1880.) — La conférence sanitaire internationale de Washington, par DA SILVA AMADO. (*Ibid.*, p. 372, mai.) — Les travaux d'assainissement de Dantzig, Berlin, Breslau, par A. DURAND-CLAYE. (*Ibid.*, janvier et février.) — Le mouvement de l'hygiène à Lisbonne en 1880, par J.-J. DA SILVA AMADO. (*Ibid.*, p. 121, février.) — Travaux de la Société turinoise d'hygiène, 1er fascicule, Milan, 1881. (*Ibid.*, septembre.) — Topographie médicale de Turin, par J. RIZZETTI. (*Ibid.*, août 1880.) — Extrait du rapport général sur le service de santé de la ville de Bucharest, pour 1879, par J. FÉLIX. (*Ibid.*, septembre 1880.) — Projet de règlement d'hygiène publique et de police sanitaire, pour la ville de Turin. (*Ibid.*, septembre 1880.) — La prophylaxie internationale au point de vue des maladies pestilentielles exotiques, par A. FAUVEL. (*Ibid.*, octobre 1880.) — Rapport à la Société de médecine publique sur les mesures hygiéniques à conseiller au sujet de l'exécution du canal à Tancarville, par LÉON COLIN. (*Ibid.*, avril.) — Ustensiles de matériel sanitaire portatifs, par ZIEGLER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 août 1880.) — La situation des médecins sanitaires officiels, en Angleterre, par EBERTZ. (*Vierteljahr. für gerich. Medicin und œffent. Sanitaet.*, p. 365, avril.) — De la législation sanitaire en Finlande, par OTTE-EDV.-AUG. HJELT. (*Ibid.*, avril et juillet.) — L'hygiène aux îles Sandwich. (*Sanitary Record*, septembre 1880.) — Sur quelques causes évitables d'impureté de l'atmosphère de Londres, par DOUGLAS GALTON. (*Sanitary Record*, 15 août 1880.) — Le travail des enfants et des filles mineures employés dans les manufactures, par E-R. PERRIN. (*Revue d'hygiène*, t. III, p. 612. juillet.) — Les odeurs de Paris, par E. VALLIN. (*Ibid.*, octobre 1880.) — Hygiène de cabinet de travail, par A. RIANT. (*Annales d'hygiène*, juillet et août.) — Sur l'hygroscopicité des matériaux de construction, par POINCARÉ. (*Ibid.*, VI, p. 36, juillet.) — Règlement municipal de Leeds relatif aux nouvelles constructions et rues. *Ibid.*, . 562.) — De la porosité des maté

riaux de construction considérée au point de vue de l'hygiène, par LAYET. (*Revue d'hygiène*, p. 461, juin.) — Des rapports de sol avec la santé publique, par R. PUMPELLY et G.-A. SMYTH. (*National Board of Health, Bulletin*, n° 13, p. 712.) — Le sol dans ses rapports avec la santé de l'homme, par M. VON PETTENKOFER. (*Chem. Zeitung*, n° 41.) — Nouveau projet de règlement adopté par la commission des logements insalubres de Paris, 1880. (*Annales d'hygiène*, VI, p. 545, décembre 1880.) — Note sur les coefficients d'aération ou sur le renouvellement d'air nécessaire pour prévenir les effets de l'encombrement humain dans les espaces habités, par A. LAYET. (*Revue d'hygiène*, décembre 1880.) — Rapport à la Société de médecine publique sur le projet de règlement de la commission des logements insalubres, par GASTON TRÉLAT. (*Ibid.*, avril.) — Les piscines de natation de la ville de Paris. (*Le Génie civil*, 1er août.) — Règlement du dépôt mortuaire de la ville de Bruxelles. (*Annales d'hygiène*, p. 543, juin.) — Rapport au conseil municipal sur la création des maisons mortuaires à Paris, par ALFRED LAMOUROUX. (*Ibid.*, V, p. 61, janvier.) — Les citernes-filtres du chemin de fer de l'ouest Algérien. (*Le Génie civil*, 15 juillet.) — Tinettes mobiles désinfectées par l'huile lourde de houille dans la maison centrale de Gaillon, par HUREL. (*Annales d'hygiène publique*, décembre 1880.) — Sur l'innocuité des déjections fraîches, par ZOELLER. (*Revue d'hygiène*, novembre 1880.) — Le système des vidanges à l'égout, par H. BOULEY. (*Ibid.*, p. 357, mai.) — De l'action asphyxiante des eaux vannes des fosses d'aisances, par BOUTMY et DESCOUT. (*Ibid.*, p. 220, mars.) — Des gaz d'égouts et de leur influence sur la santé publique, par C. ZUBER. (*Ibid.*, p. 648, août.) — De l'irrigation par les égouts et de son application à l'hygiène publique, par ALFRED CARPENTER. (*Ibid.*, p. 766, septembre.) — De l'emploi des sels déliquescents pour l'arrosage des voies publiques, par E. VALLIN. (*Ibid.*, p. 600, juillet.) — Empoisonnement de l'atmosphère par les gaz d'une sucrerie, par ADLOFF (de Schœnebeck). (*Viertelj. für gerich. Medicin und œffent. Sanitaet.*, p. 127, juillet.) — Ateliers de fumage des poissons au point de vue de la police sanitaire, par PUCHSTEIN. (*Ibid.*, p. 190, janvier.) Le rouissage manufacturier au point de vue de l'hygiène, par E. VALLIN. (*Revue d'hygiène*, novembre 1880.) — Note sur un accident mortel dû à une disposition vicieuse d'un tuyau de fumée, par DESCOUST. (*Ibid.*, p. 44, janvier.) — Des moyens légaux ou d'initiative privée à opposer à la falsification des denrées alimentaires, par E. VIDAL. (*Ibid.*, décembre 1880.) — Note du conseil général des mines indiquant les précautions relatives à l'emmagasinement et à l'emploi de la dynamite. (*Annales d'hygiène publique*, octobre 1880.) — Femme ne faisant usage d'aucun cosmétique ni médicament, dont toutes les éponges de figure se noircissent à leur face supérieure, par RAPIN. (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. I, p. 188, mars.) — Des inconvénients sanitaires prétendus des jouets en caoutchouc contenant de l'oxyde de zinc. Rapport de PINCUS. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, p. 185, janvier.) — Dangers de la fabrication des objets en carton vernissés et laqués, par POINCARÉ. (*Annales d'hygiène*, février.) — De l'astigmatisme au point de vue de l'hygiène, par E. JAVAL. (*Revue d'hygiène*, novembre 1880.) — Pupitre remplissant les *desiderata* hygiéniques, par DALLY. (*Ibid.*, novembre 1880.) — Les remèdes secrets, leur composition et leur valeur exposées d'après les documents officiels du conseil d'hygiène de Carlsruhe, par CARL SCHWETZLER et FRANZ NEUMANN. (*Carlsruhe.*) — Bière et eau-de-vie. Leur importance pour la santé de la population, par J. ROSENTHAL. (*Berlin.*) — Guide de police vétérinaire, par ANTON BARANSKI. (*Vienne.*) — Sur la pathogénie et la prophylaxie de la péripneumonie des bêtes à cornes, par POINCARÉ. (*Annales d'hygiène*, p. 227, septembre.) — Loi française (juillet 1881), sur la police sanitaire des animaux. (*Ibid.*, p. 367, octobre.) — Circulaire ministérielle relative

aux tueries d'animaux dans les localités dépourvues d'un abattoir public. (*Ibid.*, V, p. 491, mai.) — Arrêté préfectoral relatif à la désinfection du marché aux bestiaux de La Villette. (*Ibid.*, p. 570.)

Hypnotisme. — Le soi-disant magnétisme animal ou hypnotisme, par CHRISTIAN BAEUMLER. (*Leipzig.*) — Observations sur les antécédents des hypnotiques et sur les effets de l'hypnotisme, par LADAME. (*Revue méd. de la Suisse romande*, t. I, p. 290, mai.) — Crises nerveuses se rattachant à l'hypnotisme, par BRIEGER. (*Berliner klinische Woch.*, 30 mai.) — Des phénomènes réflexes présentés par les vaisseaux de la pie-mère, comme cause des états hypnotiques, par RUMPF. (*Ibid.*, 12 juillet 1880.)

Hystérotomie. — Extirpation du corps de l'utérus pour un myome interstitiel. Mort par péritonite, par GUSSEROW. (*Berliner klin. Woch.*, 12 septembre.) — Fibrome utérin ; injections d'ergotine, puis abrasion de la cavité, enfin amputation de l'utérus par la méthode de Martin, par MŒRICKE. (*Ibid.*, 29 août.) — Dix observations personnelles d'extirpation de l'utérus. Contribution à l'appréciation des méthodes abdominale (laparohystérotomie de Freund) et vaginale, par R. OLSHAUSEN. (*Ibid.*, 29 août.) — Amputation d'un col utérin cancéreux chez une femme atteinte en même temps de prolapsus utérin, par BENICKE. (*Ibid.*, 12 septembre.) — Un cas d'extirpation de l'utérus par le vagin, par MARTIN. (*Ibid.*, 1er août.) — Cancer du col utérin. Extirpation vaginale. Guérison, par A. MARTIN. (*Ibid.*, 27 juin.) — Cancer du col utérin. Extirpation par le vagin. Guérison, par MŒRICKE. (*Ibid.*, 27 juin.) — Femme de 46 ans, atteinte de ménorragies et de métrorragies. Abrasion de la cavité utérine qui révèle l'existence d'une dégénérescence adénomateuse nécessité d'une opération radicale : ablation de l'utérus, des trompes et des ovaires, par la voie vaginale. Guérison, par MARTIN. (*Ibid.*, juin.) — Pièces provenant d'une malade ayant subi l'opération de Freund, pour un cancer utérin, par VEIT. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) De la guérison radicale du cancer utérin à l'aide de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, par BAUM. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) — Un cas d'extirpation de la totalité de l'utérus et des deux ovaires d'après la méthode de Freund, suivi de quelques remarques sur le manuel opératoire, par HYDYGIER. (*Ibid.*, 8 novembre 1880.) — Deux cas d'utérus extirpés par la méthode de Schrœder. Guérison, par MARTIN. (*Ibid.*, 14 mars.) — Douze cas d'extirpation de l'utérus par le vagin, par MARTIN (de Berlin) (18 avril). — Exemples d'utérus cancéreux enlevés par le vagin, par HOFMEIER, SCHROEDER. (*Ibid.*, 11 avril.) — Une hystérotomie d'après la méthode de Péan, suivie de manie, par HERM. LOSSEN et FUERSTNER. (*Ibid.*, août 1880.) — Deux cas d'extirpation de l'utérus, par H. BIRCHER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 septembre.)

Hystérie. — Étude sur la folie hystérique, par BODEAU. (*Thèse de Bordeaux*, 23 juillet.) — Catalepsie et mesmérisme, par BENEDIKT. (*Wiener klinik*, 1880, 3e fascicule.) — Résultats de l'emploi de l'apomorphine dans l'hystérie, par CHALLAND. (*Revue méd. de la Suisse romande*, t. I, p. 121, févr.) — Le galvano-hypnotisme, la léthargie et la catalepsie hystériques, par EULENBURG. (*Wiener klinik*, 1880, 4e fascicule.) — Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur, par J. GAREL. (*Lyon méd.*, 4 septembre.) — Hystéro-épilepsie guérie par l'hydrothérapie et la métallothérapie, par LEMARCHAND. (*Annales de la Société d'hydrologie*, tome XXVI.)

I

Ichthyose. — Exemple d'ichthyose congénitale non héréditaire, par Beger. (*Berliner klinische Woch.*, 6 septembre 1880.)

Idiotie. — De l'ataxie et de l'hémiplégie verbales; contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'idiotie, par Luys. (*L'Encéphale*, n° 2.) — Idiotie complète; vertiges et accès épileptiques; rougeole, sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales, par Bourneville. (*Soc. anat.*, 25 février.)

Impétigo. — De l'impétigo contagieux, par Riegel. (*Berliner klinische Woch.*, 28 mars.)

Infection. — Propriétés stables des agents infectieux, par A. Wernich. (*Berliner klin. Woch.*, 4 et 11 juillet.) — Expériences sur l'infection, par Paul Grawitz. (*Ibid.*, 4 avril.) — De la manière de limiter et de neutraliser plus ou moins la force de la contagion et de l'infection en retenant sa respiration pendant qu'on se trouve dans le voisinage immédiat du malade, par Henry Mac-Cormac. (*Annales d'hygiène*, p. 282, septembre.) — Importation des affections contagieuses dans la ville et le port de Liverpool, leur diffusion; leurs moyens de prévention, par S. Taylor. (*Ibid.*, p. 280, septembre.) — Des bons effets de la déclaration obligatoire dans les maladies contagieuses, par Thorne. (*Revue d'hygiène*, septembre.) — Prophylaxie des maladies infectieuses transmissibles, par Fried. Presl. (*Vienne.*) — A propos de l'étiologie des maladies infectieuses et spécialement de la théorie des germes. Conférences faites à la Société médicale de Munich; 1re moitié contenant : 1° les maladies végétales produites par des champignons, par Hartig; 2° affections cryptogamiques des animaux supérieurs et inférieurs, par O. Bollinger; 3° études des bactéries dans l'économie, par H. Buchner; 4° la mycose auriculaire, par F. Bezold; 5° contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Port; 6° nature et propagation des agents infectieux, par Soyka; 7° champignons des affections dentaires, par A. Weil. (*Munich*, 1880.)

Inhalation. — Sur un nouveau procédé d'inhalation continue, par Feldbausch. (*Berliner klinische Wochens.*, 22 novembre 1880.)

Injection. — Injections hypodermiques de citrate de fer, par Ciaramelli. (*Lo Sperimentale*, juillet.) — Les injections sous-cutanées d'ergotine, par S.-R Hermanides. (*Berliner klinische Woch.*, 25 octobre 1880.) — Des injections intra-utérines phéniquées, médication prophylactique après l'accouchement, par Stadfeldt. (*Centr. f. Gynäkologie*, n° 7, 1880.)

Insolation. — De l'influence d'une rapide soustraction d'eau sur l'organisme, particulièrement en ce qui regarde le coup de chaleur et les opérations sur la cavité abdominale, par Maas. (*Berliner klinische Woch.*, 18 avril.)

Intestin. — Sur l'ulcère simple du duodénum, par Nidergang. (*Thèse de Paris*, n° 279.) — Symptomatologie des ulcérations intestinales, par H. Nothnagel. (*Volkmann's Sammlung*, n° 200.) — Un cas d'atrésie de la partie supérieure de l'intestin grêle chez un enfant ayant survécu 13 jours, par Henoch. (*Berliner klinische Woch.*, 14 mars.) — Un cas d'affection

intestinale survenant après les constipations prolongées (destruction du plexus d'Auerbach et atrophie graisseuse de la tunique musculeuse), par JUERGENS. (*Berliner klinische Woch.*, 22 août.) — Cancer de la première portion du duodénum, par CAYLA. (*Soc. anat.*, 12 mars.) — Emploi de l'extrait de fève de Calabar contre l'atonie intestinale, par S. SCHAEFER. (*Berliner klinische Woch.*, 20 décembre 1880.) — Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la cicatrisation des parois intestinales après la ponction par le trocart capillaire, par E. VOGT. (*Thèse de Paris*, n° 224.) — Résection de l'intestin suivie de guérison, par P. ROGGENBAU. (*Berliner klinische Woch.*, 18 juillet.) — De l'entérorrhaphie circulaire et de la résection de l'intestin, par MADELUNG. (*Ibid.*, 23 mai.) — De la résection circulaire de l'intestin avec entérorrhaphie consécutive, par RYDYGIER. (*Ibid.*, 10, 17 et 24 octobre.)

Iris. — Contribution à la physiologie de l'iris, par EDWIN GYSI. (*Thèse de Berne* et *Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 655.) — Un cas de tuberculose de l'iris, par PFLUEGER. (*Ibid.*, 15 mai.) — De l'iritis séreuse et de ses phénomènes glaucomateux, par LÉON ALIX. (*Thèse de Paris*, n° 296.) — Mélano-sarcome de l'iris (observation), par ROMIÉE. (*Recueil ophtalm.*, n° 4, p. 207.) — Un cas de gomme volumineuse de l'iris guérie avec caséification partielle, par TH. TREITEL. (*Berliner klinische Woch.*, 11 juillet.) — Contribution à l'étude de l'iritis syphilitique, par TH. VON SCHREDER. (*Dissert. inaug. Dorpat*, 1880.)

Ischémie. — De l'ischémie chirurgicale, par JULES WOLFF. (*Berliner klinische Woch.*, 13 juin.)

J

Jaborandi. — De la pilocarpine et de son emploi chez les enfants, par SEEMANN. (*Berliner klinische Woch.*, 21 février.) — Recherches comparatives sur le jaborandi, la pilocarpine et la jaborine, par A. BRENAC. (*Thèse de Lyon*, n° 73.) — Chlorhydrate de pilocarpine contre l'héméralopie aiguë, par MECKLENBURG. (*Ibid.*, 1er novembre 1880.) — Contribution à l'étude de l'action de la pilocarpine, par WINDELSCHMIDT. (*Allg. med. Centr. Zeit.*, 1880.)

K

Kystes. — Des kystes des sinus frontaux, par GARREAU. (*Thèse de Paris*, n° 157.) — Extirpation d'un kyste sébacé chez un hémophilique, par THIERSCH. (*Berliner klinische Woch.*, 13 juin.) — Des kystes épithéliaux de la cavité buccale des nouveau-nés, par EPSTEIN. (*Zeitschr. f. Heilk. Bd.* 1, p. 59.) — Kystes dermoïdes des doigts, par RIZET. (*Gaz. des Hôpit.*, 20 août.) — Kyste épidermique de la pulpe du doigt, par TROQUART. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 4 septembre.) — Tumeur fluctuante de la région de l'aine gauche traitée par des ponctions aspiratrices successives. Les deux premières ponctions donnent du pus, les autres un liquide limpide, par FOLET. (*Bulletin Médical du Nord*, juin.) — Kyste migrateur sous-péritonéal à contenu lactescent granulo-graisseux, par RAMONET. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Traitement de certaines tumeurs kystiques par les injections de chlorure de calcium, par ROUGIER. (*Thèse de Paris*, n° 310.)

L

Lacrymales (Voies). — Affections oculaires et troubles visuels pouvant résulter de certaines altérations dans le fonctionnement des organes excréteurs des larmes, par MENGIN. (*L'année médicale du Calvados*, janvier 1880.) — Inflammation de la glande lacrymale terminée par suppuration, par OTT. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 8, p. 492.) — Sur les affections lacrymales, par EMMERT. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, septembre 1880.) — Traitement de la dacryocystite catarrhale par les scarifications des conduits lacrymaux, par HERM. SCHMIDT-RIMPLER. (*Berliner klinische Wochens.*, 26 juillet 1880.)

Lait. — La Société laitière d'Aylesbury, par EMILE TRÉLAT. (*Revue d'hygiène*, septembre.) — La laiterie lombarde de Milan, par A.-J. MARTIN. (*Ibid.*, p. 56, janvier.) — La souillure du lait par les germes morbides, par E. VALLIN. (*Ibid.*, p. 457, juin.) — Les falsifications du lait à Paris, par J.-A. PABST. (*Ibid.*, p. 502, juin.) — Contribution à l'étude médico-légale de l'écrémage du lait et de ses dangers au point de vue de l'allaitement artificiel, par ALFRED HOUZÉ de L'AULNOIT. (*Annales d'hygiène*, p. 79, juillet.) — Instruction de la préfecture de police de Paris (28 mai 1881) pour la répression des fraudes dans le commerce du lait. (*Ibid.*, p. 84, juillet.) — De l'influence du lait dans la propagation des maladies contagieuses et zymotiques, par ERNEST HART. (*Ibid.*, p. 289, septembre.) — Analyse physico-chimique des diverses espèces de lait et des farines lactées, par NIKLAUS GERBER. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 534.) — Accidents causés chez des enfants par l'usage de lait provenant de vaches tuberculeuses. (*Sanitary record*, mars 1880.) — De l'écrémage du lait par la machine centrifuge, par ALEX. MUELLER. (*Vierteljahrsschrift für ger. Medicin.*, juillet 1880.) — La lactine et le sel de lait de Paulcke, par E. PFEIFFER. (*Berliner klinische Wochens.*, 29 août.)

Langue. — Kyste dermoïde de la région sublinguale, par MEUNIER. (*Soc. anat.*, 18 février.) — Obs. de macroglossie parasitaire, par AUBERT. (*Lyon médical*, 25 sept., p. 122.) — Macroglossie caverneuse ; amputation de la langue, par ROSE. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 22, p. 718, 15 novembre 1880.) — Exemple de transformation épithéliomateuse de « plaques blanches » (psoriasis) de la langue, par MICHELSON. (*Berliner klinische Wochens.*, 2 mai.) — Sur certaines affections de la muqueuse linguale des enfants, simulant des plaques muqueuses, par CASPARY. (*Ibid.*, 2 mai.) — Épithélioma de la langue et du voile du palais, par VERNEUIL. (*Gaz. des Hôpit.*, 30 août.) — Les affections tuberculeuses de la langue, par NEDOPIL. (*Wiener klinik*, 9e fascicule.) — De l'amputation de la langue par le thermocautère, par VON LANGENBECK. (*Berliner klinische Wochens.*, 13 juin.)

Laparotomie. — Laparohystérotomie pour un fibromyome. Iléus. Guérison, par CARL LANGENBUCH. (*Berliner klinische Wochens.*, 28 février.) — Fibromyome utérin traité sans succès par l'ergotine. Laparotomie. Guérison, par A. MARTIN. (*Ibid.*, 7 février.) — Laparotomie pour fibromyome utérin. Mort dans le collapsus, par P. RUGE. (*Ibid.*, 7 février.) — 3 laparotomies (2 kystes ovariens, 1 fibromyome utérin) suivies de guérison sans l'aide de la méthode antiseptique. L'opération de Fréund pour utérus cancéreux, par RYDYGIER. (*Ibid.*, 4 octobre 1880.) — Fibromyome du fond de l'utérus, en voie de régression, extirpé par laparotomie, par E. KUESTER. (*Ibid.*,

7 novembre.) — Observations de laparotomies et d'opérations de fistules, par ZWEIFEL. (*Ibid.*, 30 mai.) — Guérison par laparotomie d'une hernie propéritonéale étranglée, par TRENDELENBURG. (*Ibid.*, 13 juin.) — Hydrocèle et hématocèle intra-abdominales chez un homme de 30 ans. Laparotomie pour enlever la tumeur rétropéritonéale. Mort par péritonite (sans autres détails), par TILLMANNS. (*Ibid.*, 23 mai.) — Hernio-laparotomie. Résection de 18 centimètres d'intestin. Guérison, par JULLIARD. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 357, juin.)

Larynx. — Du développement du larynx, par GANGHOFNER. (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Bd* I, p. 187.) — L'hystérie et le larynx, par L. THAON. (*Ann. des mal. de l'oreille*, p. 30.) — Plaques muqueuses du larynx, par E. MARTEL. (*Ibid.*, p. 142.) — Observation de périchondrite laryngée, par L. BRIEGER. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, t. III, p. 217.) — Nécrose des cartilages du larynx après une fièvre typhoïde, par DUFFEY. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 555, juin.) — Structure d'une fausse membrane offrant le moule du larynx (corde vocale, ventricule, etc.), par EUGÈNE DE LA HARPE. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 187, mars.) — Un cas de paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs avec autopsie, par L. WEBER. (*Berliner klinische Wochens.*, 19 juillet 1880.) — Mouvements continus rythmiques du larynx et de la langue, en rapport avec les mouvements cardiaques; observation suivie de remarques sur les mouvements dus à des contractions ainsi que sur les bruits du cœur et des poumons, par L. ANS FEUERBACH. (*Ibid.*, novembre 1880.) — De l'inflammation chronique du larynx et de la trachée amenant le rétrécissement de ses conduits, par GANGHOFNER. (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Bd* I, p. 350.) — Paralysie laryngienne chez une jeune enfant. Considérations cliniques sur les paralysies laryngiennes de l'enfance, par PAUL KOCH. (*Ann. des mal. de l'oreille*, p. 42.) — Laryngite chronique; œdème des cordes vocales inférieures, par RAMONAT. (*Soc. anat.*, 25 mars.) — Paralysie, par compression nerveuse des muscles crico-aryténoïdiens; trachéotomie, conservation de la canule pendant 32 ans, par G. LEFFERTS. (*Amer. Journ. of med. Sc.*, avril, p. 446.) — Etudes cliniques et histologiques sur la phtisie laryngée, par SCHECH. (*Munch. ärztl. Intelligenzbl.* XXVII, 41-42, 1880, *et Med. chir. Rundschau*, 12, 1880.) — De la laryngite tuberculeuse, par GOUGUENHEIM. (*Union médicale*, 26 juillet.) — Du traitement de la phtisie laryngée, par MAURICE SCHMIDT. (*Ann. des mal. de l'oreille*, p. 25.) — Comparaison entre le courant faradique et le courant contenu dans les paralysies vocales, par MASSEI. (*Annales des mal. de l'oreille*, n° 1, p. 1.) — Trachéotomie dans la laryngite striduleuse; considérations sur la pathogénie de l'accès dans cette maladie, par E. DEMANGE. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, 1879-80, p. 74.) — Du traitement de l'inflammation hypertrophique des cordes vocales inférieures, par PAUL SCHOETZ. (*Berliner klinische Wochens.*, 7 février.) — Inhalations de thymol dans le simple catarrhe des voies aériennes, par K. KUESTER. (*Ibid.*, 4 juillet.) — Mort subite à la suite de coups sur le larynx par MASCHKA. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin.*, p. 203, avril.) — Guérison d'une fistule laryngée, par CHAS. W. DULLES. (*Philad. med. and surg. Reporter*, n° 43, 1880.) — Kyste du larynx d'un volume extraordinaire, par SOMMERBRODT. (*Bresl. ärztl. Zeitschr.*, III.) — Des rétrécissements du larynx et de la trachée, par B. BAGINSKY. (*Berliner klinische Wochens.*, 15 août.) — De la laryngotomie dans les tumeurs bénignes du larynx, par BŒCKER. (*Ibid.*, 21 février.) — Fragment d'os logé entre les cordes vocales inférieures. Laryngotomie Guérison, par DOUTRELEPONT. (*Ibid.*, 22 août.) — De la résection du larynx contre les rétrécissements, par PAUL BRUNS. (*Ibid.*, 20 septembre 1880.) — Extirpation du larynx, du pharynx et de 6 centimètres d'œsophage pour

un cancer chez une femme de 45 ans. Guérison, par C. THIERSCH. (*Ibid.*, 3 octobre.) — Rétrécissement des voies aériennes par tumeur située au niveau du cricoïde. Guérison par l'iodure de potassium et la galvanocaustie, par RUD MEYER-HUENI. (*Correspondenz-Blatt. für schweizer Aerzte*, 15 juillet.)

Lavement. — Lavement phéniqué déterminant des accidents, la canule ayant perforé la muqueuse, par WYSS. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er mars.)

Lèpre. — Note sur le siège des parasites de la lèpre, par CORNIL et SUCHARD. (*Union médicale*, 29 septembre.) — De la lèpre aux Antilles et dans le Levant, par CAVASSE. (*Thèse de Paris*, n° 227.)

Lèvre. — De l'ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure, par ROSNE. (*Thèse de Paris*, n° 133.) — Sur la restauration de la lèvre inférieure, par BERNARD. (*Thèse de Lyon*, 3 juin.)

Léthargie. — Léthargie chez une fille de 26 ans, par SAHLMEN. (*Berliner klinische Wochens.*, 14 février.)

Lichen. — Lichen ruber guéri par des injections sous-cutanées d'arsenic, par KOEBNER. (*Berliner klinische Wochens.*, décembre 1880.)

Ligature. — La ligature au catgut, par J. LISTER. (*Berliner klinische Wochens.*, 4 avril.) — Expériences sur les effets de la ligature de la veine porte, par M. SCHIFF. (*Revue de la Suisse romande*, I, p. 38, janvier.)

Lithotritie. — Limites à l'emploi de la lithotripsie, par HEINRICH PESTALOZZI. (*Thèse de Zurich*, 1880.) — De la lithotritie rapide, par GUYON. (*Gaz. des Hôpit.*, 6 septembre.) — De la lithotritie en une seule séance avec évacuation immédiate des fragments. Revue critique, par ROUSSEAU. (*Arch. gén. de méd.*, février.)

Lunettes. — Quelques considérations pratiques sur le choix des lunettes, par MENGIN. (*Recueil d'Ophtal.*, n° 3, p. 160.)

Lupus. — Anatomie pathologique et thérapeutique du lupus tuberculeux, par F. BASIN. (*Thèse de Paris*, n° 251.)

Luxation. — Sur un cas de luxation traumatique de la région cervicale inférieure du rachis, compliquée d'hématomyélie localisée, par G. SPIRA. (In-4°, p. 95, Nancy.) — Des fractures de l'humérus dans les tentatives de réduction des luxations anciennes de l'épaule, par VALENTINI. (*Thèse de Paris*, n° 355.) — Luxation et fracture de la tête humérale (diaphyse dans la cavité glénoïde, tête dans la fossette de Mohrenheim et appréciable dans l'aisselle), par B. SCHMIDT. (*Berliner klinische Wochens.*, 20 juin.) — Luxation humérale dans la fosse sous-épineuse, par SÉBILEAU. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 sept.) — Des luxations du coude-pied, par MASSE. (*Gaz. hebd. de Bordeaux*, n° 37.) — De la luxation incomplète et traumatique du tibia en dehors, par P. BÉAL. (*Thèse de Paris*, n° 302.) — Sur l'étiologie des luxations congénitales du fémur, par PRAVAZ. (*Lyon méd.*, 31 juillet.)

Lymphatique. — De l'adénopathie scrofuleuse et tuberculeuse, par L. DODIN. (*Thèse de Paris*, n° 516.) — Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphtéritique et dans la scarlatine, par L. ARÈNE. (*Thèse de Paris*, n° 343.) — Résultats de l'emploi de l'iodoforme contre les bubons, par PAUL GUETERBOCK. (*Berliner klinische Wochens.*, 26 septembre.) — Sur les lymphadénomes du médiastin, par GUGLIELMETTI. (*Thèse de Paris*, n° 268.) — De la généralisation des lymphadénomes dans

le tissu cellulaire sous-cutané, par E. Choiseau. (*Thèse de Paris*, n° 276.) Lymphomes malins guéris par l'arsenic, par J. Israel. (*Berliner klinische Wochens.*, 27 décembre 1880.) — Cancer des lymphatiques pulmonaires, par P. Guttmann et Smidt. (*Berliner klinische Wochens.*, 4 juillet.) — Guérison d'un lymphosarcome malin du cou, par Busch. (*Berliner klinische Wochens.*, 22 août.) — Lymphangiome kystique rétropéritonéal, par Otto Roth. (*Thèse de Zurich*, 1880.) — Du passage de particules en suspension dans le sang à l'intérieur du système des vaisseaux lymphatiques, par Ruchmeyer. (*Thèse de Bâle.*)

M

Main. — Fibrome de l'aponévrose palmaire, par Busch. (*Berliner klinische Woch.*, 29 novembre 1880.)

Mal des montagnes. — Du mal des montagnes considéré au point de vue de ses effets, de sa cause et de son traitement, par Payot. (*Thèse de Paris*, n° 212.)

Mal de Pott. — Traitement du mal vertébral des enfants par l'immobilisation, par J. Lorentz (*Thèse de Paris*, n° 239.) — De l'arthrite vertébrale, par Gottl. Feurer. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Appareil plâtré disposé en pont pour le mal de Pott cervical, par A. Beger. (*Berliner klinische Woch.*, 15 août.) — Du traitement du mal de Pott par les appareils portables, par F. Beely. (*Volkmann's Sammlung*, n° 199.)

Mal. professionelles. — Sur les maladies des trieurs de laine et de poils, par Blashko. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, 179, janvier.) — Sur un hygroma professionnel, l'hygroma prérotulien des cochers de tramways, par A. Ponget. (*Lyon méd.*, 11 sept.) — Des conditions sanitaires des ouvriers des grands chantiers, par G. Drouineau. (In-8°, *Paris.*) — Sur les lésions de la moelle épinière dans la maladie des plongeurs, par Regnard et Blanchard. (*Soc. de biol.*, 9 juillet. *Gaz. méd. de Paris*, n° 31.) — Affections professionnelles du personnel des chemins de fer et leur prophylaxie, par Johannes Rigler. (*Berlin*, 1880.) — De l'épuisement nerveux produit chez les employés de chemins de fer par un travail trop long et trop assidu. (*Med. Times*, 1er janvier,) — Maladies des ouvriers des manufactures de jute, par Huenicken. (*Berliner klinische Woch.*, 29 août.)

Malformations. — Malformation congénitale d'un membre supérieur ; absence du métacarpe et des phalanges ; atrophie de tout le membre, par Giraudeau. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Absence congénitale totale du tibia gauche et de la rotule, par Wilk von Muralt. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.) — Absence congénitale totale du péroné gauche, par Wilh von Muralt. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) — Des malformations congénitales des gouttières du pharynx et des arcs bronchiaux, par Daniel Bernouilli. (*Ibid.*, septembre.) — Persistance du conduit omphalo-mésentérique chez un garçon de 12 ans, par Schottelius. (*Berliner klinische Woch.*, 8 novembre 1880.) — Présentation d'un fœtus ayant une ectopie viscérale, un placenta soudé au cordon et une jambe fixée entre l'amnios et le chorion, par C. Ruge. (*Ibid.*, 20 décembre 1880.)

Mamelle. — La membrane propre de la glande mammaire, par Mausell-Moullin. (*Journal of anat. and physiol.*, IV, 15 août) — De la lym-

un cancer chez une femme [illegible]
3 octobre.) — Rétré[illegible]
niveau du [illegible]
caustie, p[illegible]
Aerzte, 1[illegible]

Lavement [illegible]
perfor[illegible]
Aerz[illegible]

Lèpre [illegible]
(*U*[illegible]
L[illegible]

Lè[illegible]

Marche. — L'allure de l'homme à l'état normal et morbide figuré par des appareils autoenregistreurs, par HERMANN VIERORDT. (*Tubingue.*)

Maxillaire. — Ostéosarcome extrêmement volumineux siégeant dans la partie centrale de la mâchoire supérieure. Extirpation. Guérison, par TRNKA, (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Bd I*, *p.* 343.) — Présentation d'une affection du maxillaire inférieur vraisemblablement due à la présence de champignons, par F. BUSCH. (*Berliner klinische Woch.*, 6 juin.) — Étude clinique sur les kystes périostiques de la mâchoire supérieure, par CHARVOT. (*Arch. gén. de méd.*, avril et mai.)

Médecine (**Histoire de la**). — L'officine des anciens médecins grecs et romains n'était point un hôpital, par A. RAVEL. (In-8°, *Avignon.*) — Histoire de la médecine allemande, par HEINRICH ROHLFS. (2e partie, *Stuttgardt*, 1880.) — Guide de l'histoire de la médecine, par JOH. HERM. BAAS. (*Stuttgardt*, 1880.) Traité d'histoire de la médecine et des maladies épidémiques, par H. HAESER. (3e édition, *Iéna.*)

Médecine légale. — L'institut de médecine légale de Prague, de 1866 à 1878, par BELCHRADSKY. (*Zeitschr. f. Heilk.*, Bd I, 1880.) — Étude médico-légale des traumatismes de la poitrine par instruments contondants, par SCHUSTER. (*Zeitchr. f. Heilk.*, Bd I, p. 417.) — Traité de médecine légale publié sous la direction de J. MASCHKA. (*Tubingue.*) — Manuel à l'usage des coroners contenant la législation des 38 Etats de l'Union, par JOHN G. LEE. (*Philadelphie.*) — Pratique médico-légale : 40 rapports, par HERM. FRIEDBERG. (*Vienne.*) — Les expertises portant sur l'organe auditif, au point de vue de la médecine légale et des assurances, par URBANTSCHITSCH. (*Vienne*, 1880.) — La situation de médecin devant le tribunal dans les questions de responsabilité, par HANS von WYSS. (*Leipzig.*) — Les blessures de l'œil et de ses annexes, surtout au point de vue du médecin légiste, par BERGMEISTER. (*Vienne*, 1880.) — Rapport à la Société de médecine légale de France sur le procédé Petel et Labiche, destiné à faire découvrir les taches de sperme, par BOUTMY ET BROUARDEL. (*Annales d'hygiène publique*, septembre 1880.) — Étude sur la submersion, par P. BROUARDEL ET CH. VIBERT. (*Ibid.*) — Affaire Bormann (assignation d'un médecin, sous prévention du délit de fausse nouvelle, pour avoir publié une observation). (*Ibid.*, p. 74, juillet.) — Exercice illégal de la pharmacie, par un titulaire non propriétaire de la pharmacie. (*Ibid.*, p. 72, juillet.) — Accouchement au forceps, par un officier de santé. Force majeure. Excuse (Cour de cassation). (*Ibid.*, p. 70, juillet.) — Exercice illégal de la médecine, par un élève en pharmacie. Force majeure. Acquittement (Cour de Paris). (*Ibid.*, p. 69, juillet.) — Arrêt de la Cour de Rouen (13 mars 1880) déchargeant de sa condamnation un pharmacien qui avait donné ses soins à un enfant atteint de croup

(cas de force majeure). (*Ibid.*, p. 68, juillet.) — Arrêt de la Cour de Caen (1er mai 1879) rejetant une demande en interdiction fondée sur une maladie physique (paralysie linguale). (*Ibid.*, p. 68, juillet.) — Des vols aux étalages et dans les magasins. Discussion de la Société de médecine légale. (*Ibid.*, août et septembre.) — Rapport médico-légal sur l'état mental de Lucien Morisset, inculpé de vol et d'assassinat, par Danner et Legrand du Saulle. (*Ibid.*, p. 342, octobre.) — Accès de somnambulisme spontané et provoqué. Prévention d'outrage public à la pudeur. Relation médico-légale, par A. Motet. (*Ibid.*, V, p. 214, mars.) — Des réquisitions de médecins et pharmaciens militaires par l'autorité judiciaire. Droits et devoirs des experts, par A. Lacassagne. (*Ibid.*, p. 97, février.) — Notes sur la médecine légale de l'arrondissement de Clermont-Ferrand (1869-1876), par Fredet. (*Ibid.*, septembre 1880.) — Rapport à la Société de médecine légale de France, sur un cas d'infanticide, par Le Blond. (*Ibid.*, septembre 1880.) — Affaire Menesclou. Examen de l'état mental de l'inculpé. Rapport, par Ch. Lasègue, Brouardel et Motet. (*Ibid.*, novembre 1880.) — Mort d'une écolière imputée à une correction infligée par le maître, par Adloff. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin*, 1er janvier.) — Mort naturelle ou homicide par asphyxie, par Maschka. (*Ibid.*, octobre 1880.) — Mort subite dans des circonstances suspectes de violence. Fracture du sternum, par Maschka. (*Ibid.*, octobre 1880.) — Meurtre d'un enfant par strangulation, par R. Rehmann. (*Ibid.*, p. 35, janvier.) — L'incendiaire Paul Z... est-il responsable? par Hermann Frieberg. (*Ibid.*, 9 janvier.) — Homicide par strangulation commis par un mari sur sa femme (pendaison, étranglement avec les mains ou un lien). Tentative de brûler le cadavre pour faire disparaître les traces du crime, par Adloff. (*Ibid.*, p. 19, janvier.) — Surarbitrage du comité scientifique prussien sur les questions médicales dans l'instruction contre le journalier L..., inculpé pour blessures mortelles. Rapport de Bardeleben. (*Ibid.*, p. 1, janvier.) — La pleurésie à laquelle le graisseur Z... a succombé est-elle la conséquence d'un accident de chemin de fer? Rapport médico-légal de Hermann Friedberg. (*Ibid.*, p. 226, avril.) — Mort d'un enfant attribuée à des blessures produites en fait, après la mort, par des fourmis, par Maschka. (*Ibid.*, 193, avril.) — Contribution à la médecine légale (infanticide par omission), par H. Frœlich. (*Ibid.*, 275, octobre.) — Mort par asphyxie ou par hémorragie, par Lorentzen (de Schlensingen). (*Ibid.*, p. 260, octobre.) — La femme X... a-t-elle succombé à une diphtérie ou à un empoisonnement par la belladone? par Bremme. (*Ibid.*, p. 30, juillet.) — Lettre à Blumenstock sur la définition médico-légale de la mort par asphyxie, par A. Lesser. Réponse de L. Blumenstock. — Réplique de Lesser. (*Ibid.*, p. 184, juillet.) Contribution à la médecine légale (culpabilité des tentatives de crime effectuées avec des moyens tout à fait impropres), par H. Frœlich. (*Ibid.*, p. 80, juillet.) — Trouble mental (manie procédurière) cause d'innombrables délits, par W. Passow. (*Ibid.*, p. 56, juillet.) — La pleuro-pneumonie diaphragmatique et l'entérorrhagie auxquelles l'ouvrier Hugo a succombé sont-elles la conséquence d'une blessure thoracique? Rapport médico-légal de Hermann Friedberg. (*Ibid.*, p. 45, juillet.) — Des expertises cadavériques médico-légales, par Carl Emmert. (*Corespondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 juin.) — Rapport médico-légal sur l'état mental d'un incendiaire, par G. Burckhardt. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Le libre exercice de la médecine dans l'empire allemand, et son influence pour le bien général, par Albert Guttstadt. (*Zeitschrift des kœnigl. preussischen Statist. Bureaus*, 1880.) — L'air des poumons de nouveau-nés qui ont respiré peut complètement disparaître, par Ungar. (*Berliner klinische Woch.*, 28 mars.)

Médecine militaire. — Contribution à l'histoire des maladies du soldat dans ses

garnisons, par DARDIGNAC. (In-8°, *Bordeaux*.) — Manuel des infirmiers contenant le traitement antiseptique des plaies, par SIEGMUND MARCUSE. (*Berlin*.) — Note sur l'alimentation du soldat suisse, par DE LA HARPE. (*Lausanne*, 1880.) — Rapport sur quelques hôpitaux et écoles d'application de médecine militaire, par N.-P. RUTSCH. (*Revue d'hygiène*, 252, mars.) — Le casernement des troupes allemandes, par ZŒLLER. (*Ibid.*, 555, juillet.) — Sur la construction des casernes dans ses rapports avec la loi sur les logements militaires, par FRANZ GRUBER. (*Ibid.*, 670, août.) — Du transport des blessés en wagon, par L. PICQUÉ. (*Ibid.*, mai-juillet.) — Compte rendu de statistique sanitaire sur l'armée prussienne et le corps d'armée wurtembergeoise, pour les années 1874-1878. — *Berlin*, 1880. (*Berliner klinische Woch.*, 13 décembre 1880.) — Les points de vue thérapeutiques devant régler le genre de vie des militaires malades, par H. FRŒLICH. (*Viesteljahrss. für gerich. Medicin und œffent. Sanitaet.*, p. 101, juillet.) — Le traitement antiseptique des blessures dans la chirurgie militaire, par CARL REYER. (*Volkman's Sammlung klin. Vortraege*, n°s 142 et 143.) — De la chaussure de l'infanterie, par KOLLMANN. (*Correspondenz-Blatt fur schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — La chaussure des troupes à pied, par J.-A. BENOIT. (*Annales d'hygiène*, p. 505, juin.)

Méninge. — De la méningite tuberculeuse chez l'adulte, par L. VIARD. (*Thèse de Paris*, n° 298.) — Des ecchymoses viscérales dans la méningite tuberculeuse, par GIUGANINO. (*Thèse de Lyon*, 11 juin.) — Méningite tuberculeuse chez une femme de 46 ans, par RAYMOND. (*Gaz. des hôpit.*, 277.) — Méningite purulente avec abcès adhérent, d'origine probablement métastatique, chez un nourrisson, par N. VON ETLINGER. (*Berliner klinische Woch.*, 22 novembre 1880.) — De la coexistence de la méningite suppurée et de la pneumonie au 3e degré, par B. SALVY. (*Thèse de Paris*, n° 369.) — De la méningo-encéphalite traumatique, par E. BROUILLET. (*Thèse de Paris*, n° 178.) — Marche de la température dans la méningite tuberculeuse des enfants, par JULES TURIN (*Thèse de Bâle*, 1880.) — La méningite cérébro-spinale, par FRŒLICL. (*Wiener Klinik*, 8e fascicule, 1880.) — Relation d'un cas de méningite traumatique, par O. RAPIN. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 248, avril.) — De la méningite cérébro-spinale épidémique et de ses effets combinés sur l'ouïe et la faculté d'équilibre, par S. MOOS. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 septembre.)

Menstruation. — De la congestion utérine et de la métrorragie d'origine névralgique, par FLOREZA. (*Thèse de Paris*, n° 338.) — Sur les troubles de la menstruation, par A. MISTRAL. (*Thèse de Paris*, n° 290.) — Aménorrhée, érythème et érysipèle menstruels, par PAULI. (*Berliner klinische Woch.*, 8 novembre 1880.) — Du retard de la menstruation considéré comme cause du rétrécissement pelvien, par W. MORSE. (*New York med. Journ.*, avril.) Un cas de périodicité morbide dû à l'imagination, par REVILLIOD. (Dame qui après une suppression accidentelle de ses règles au mois de juin, eut, pendant 4 ans, une aménorrhée complète au même mois, tandis qu'aux autres mois, elle était parfaitement réglée.) (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 388, juin.) — Rapports entre l'ovulation, la menstruation et la fécondation, par ARLFELD. (*Berliner klinische Woch.*, 18 avril.) — Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse, par PAGGI. (*Ann. de gynéc.*, mai.)

Métallothérapie. — Pathogénie du transfert dans la métallothérapie, par BAILLET. (*Thèse de Lyon*, 5 août.) — De la métallothérapie et du traitement des troubles de la sensibilité chez les hystériques par l'électricité, par M. BRIQUET. (*Bullet. de thérap.*, novembre 1880.) — Note sur la pa-

thogénie du transfert dans les phénomènes de métalloscopie, par J. Tessier. (*Soc. de biol.*, 25 juin. — *Gaz. méd. de Paris*, n° 28.) — La métallothérapie et l'hydrothérapie ; leurs effets physiologiques et leurs applications thérapeutiques dans l'hystérie, par M. Thermes. — Observation d'hystéro-épilepsie, guérie par l'hydrothérapie et la métallothérapie, par Lemarchand. (*Ann. de la Soc. d'hydrologie médicale de Paris*, t. XXVI.)

Moelle. — Expériences sur la section de la moelle dorsale et des nerfs splanchniques, par M. Schiff. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I. p. 42, janvier.) — Des rapports étiologiques de certaines anomalies de développement de la moelle avec la disposition névropathique, par Schultze. (*Berliner klinische Woch.*, 12 juillet 1880.) — Considération sur l'irritation spinale, par Paul Glatz. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 88, février.) — Anatomie et physiologie pathologiques de la sclérose en plaques, par Jacquin. (In-4°, 125 p., *Nancy*.) — Sclérose en plaques ou hystérie grave, par E. Wagner. (Homme de 34 ans, atteint de tremblement des quatre membres persistant au repos, d'hémianesthésie gauche cutanée et sensorielle, avec intégrité de la vue, de parésie des membres plus marquée au bras gauche, d'exagération des phénomènes réflexes tendineux et d'accès apoplectiformes.) (*Berliner klinische Woch.*, 6 septembre 1880.) — Sur le tabes dorsalis spasmodique, par G. Ferrand. (*Thèse de Paris*, n° 199.) — Des affections systématiques de la moelle, par Struempell. (*Berliner klinische Woch.*, 8 août.) — D'une affection des cordons postérieurs de la moelle caractérisée par une sclérose diffuse des cordons de Burdach, par Tuczek. (*Ibid.*, 27 juin.)

Monstre. — Une nouvelle paire de frères siamois, nés à Lavey, par Fankhauser. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 octobre.)— Présentation d'un monstre double (diprosope), par Bruggisser (de Wohlen). (*Ibid.*, 15 septembre.) — Présentation d'un monstre féminin avec non réunion de la paroi abdominale, atrophie et bifidité vésicales, bifidité des organes génitaux, absence totale du côlon, atrésie du rectum rudimentaire, utérus et vagin doubles, par Runge. (*Berliner klinische Woch.*, 7 février.) — Monstre hémicéphale avec hernie du cervelet et dégénérescence kystique du foie et des reins sans dilatation des uretères et de la vessie, par Witzel. (*Ibid.*, 11 avril.) — Deux cas de tumeurs sacrées après la rupture desquelles apparaît une 3e jambe (sans détails), par L. Neugebauer. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Deux monstruosités doubles chez un fœtus et un poulet, par A. Guichard. (*Bull. de la soc. d'Angers.*) — Les monstruosités humaines, par Friedrich Ahlfeld. (Avec atlas. 1re partie, *Leipzig*, 1880.)

Mort. — Sur la cause de la réaction acide des organes après la mort, par Marie Ekurina. (*Thèse de Berne*, 1880.) — L'odeur de la mort, par B. Isham. (*Amer. Journ. of. med. sc.*, avril.)

Mortalité. — Étude sur la mortalité de la population civile en Franche-Comté pendant la dernière invasion allemande, par Druhen. (In-8°, *Besançon*.) — De l'influence des professions sur la durée de la vie. (*Annales de démographie*, n° 14, 1880.) — Natalité et mortalité du cercle de Sternberg-Est, en 1877, par Chlumsky (à Zielenzig). (*Vierteljah. für gericht. Medicin und oeffent. Sanitaet.*, p. 119 et 305, juillet et octobre.) — Atlas de la mortalité dans les Pays-Bas, de 1860 à 1874. (*Amsterdam*, 1879.) — Mortalité, en Espagne, par les affections contagieuses, en 1880. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 mai.) — La représentation graphique de la mortalité au moyen des points mortuaires, par W. Lexis. (In-8°, *Paris*.) — Statistique de la mortalité et de la morbidité dans le

cercle de Niederbarnim, organisation contre les épidémies, par F. Fuhrmann. (*Berlin.*) — La mortalité, en Prusse, de 1875 à 1879, par Guttstadt. (*Berliner klinische Woch.*, 7 février.) — Quelques réflexions à propos de la façon de dresser les statistiques de mortalité sanitaires, par Liévin. (*Ibid.*, 1880.)

Molluscum. — Histologie pathologique du molluscum contagiosum, par Thin. (*Med. Times*, 15 janvier.)

Morve. — Autopsie de deux cas de morve humaine, par Juergens. (*Berliner klinische Woch.*, 6 décembre 1880.)

Muscle. — Sur la capacité de travail des muscles, par Rosenthal. (*Arch. f. Anat. und Phys.*, p. 187, 1880.) — Température du muscle de mammifère soumis à l'excitation, par Heade Smith. (*Arch. für Anatomie und Physiologie*, p. 105, 1881.) — Sur la solubilité de la syntonine, par J. Sander. (*Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin*, 25 février 1881.) — Sur certains muscles communs aux animaux et à l'homme, par Ledouble. (*Tribune méd.*, 11 septembre.) — Sur le tonus des muscles striés, par Mendelssohn. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 44; *Soc. de biol.*, 15 octobre.) — Convulsions toniques dans les muscles soumis à la volonté (myotonia congénita), par Adolf Struempell. (*Berliner klinische Woch.*, 28 février.) — Altérations des muscles striés chez les phtisiques, par S. Posadsky. (*Centralb. f. d. med. Wiss.*, n° 2.) — Cas de myosite multiple suppurée observé à la Guadeloupe, par Lartigue. (*Arch. de méd. nav.*, n° 1.) — Coexistence chez le même patient d'hypertrophie et d'atrophie musculaires, à la suite d'une maladie infectieuse, par Stricker. (*Berliner klin. Woch.*, 10 octobre.) — Exemple de myxome lobulaire des muscles et des os chez un enfant de 5 ans, par Virchow. (*Ibid.*, septembre 1880.)

Myopie. — De la myopie congénitale, par F. Horner. (*Revue méd. de la Suisse romande*, p. 4, janvier.) — Recherches sur la myopie et l'hypermétropie, par R. Sigismund. (*Berliner klinische Woch.*, 2 mai.) — Du mode de production du décollement rétinien dans la myopie, par Unterharnscheidt. (*Ibid.*, 3 octobre.)

Myxœdème. — Cachexie pachydermique, par Fiessinger. (*Rev. méd. de l'Est*, p. 301.) — De la cachexie pachydermique ou myxœdème, par Ridel-Saillard. (*Thèse de Paris*, n° 218.)

N

Nerfs. — Étude sur le système nerveux central des reptiles et batraciens, par John Mason. (*Jour. of nerv. and mental diseases*, janv.) — Sur les terminaisons nerveuses motrices dans les muscles striés des insectes, par Viallanes. (*Thèse de Paris*, n° 225.) — Résultats et importance de la méthode d'extirpation de Gudden, pour l'anatomie et la physiologie du système nerveux central, par A. Forel. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, octobre 1880.) — Étude sur la distribution des racines motrices du plexus lombaire dans les muscles du membre inférieur, par Bert et Marcacci. (*Soc. de Biologie*, 29 juillet. *Gaz. méd. de Paris*, n° 36.) — Remarques sur l'anatomie comparée du système nerveux central chez les 3 dernières classes de vertébrés, par Wiedersheim. (*Berliner klinische Woch.*,

27 juin.) — Réponse aux critiques de von Fleischl sur la théorie de l'électrotonus des nerfs, par GRUENHAGEN. (*Berliner klinische Woch.*, 2 mai.) — Nouveau procédé manométrique pour la démonstration des centres vaso-constructeurs dans la moelle épinière de la grenouille, par GRUENHAGEN. (*Archiv für gesammte Physiologie* ,XXV, p. 251.) — Contribution à la physiologie générale des nerfs, par GRUTZNER. (*Ibid.*, XXV, p. 255.) — Phénomènes électriques dans l'axe cérébro-spinal de la grenouille, par J. SETSCHENOW. (*Ibid.*, XXV, p. 281.) — Étude sur l'excitation mécanique des nerfs, par TIGERSTED. 1re partie. (*Helsingfors*, 1880.) — De l'excitation mécanique des nerfs, par HALLSTEN. (*Arch. f. Anat. u. Phys. Phys.-Abt.*, p. 90.) — Sur quelques points de la thérapeutique des vaso-moteurs, par JAMES MORE. (*The practitioner*, novembre 1880.) — De l'influence de la circulation sur le système nerveux, par WALTER MOXON. (*Med. Times*, 26 mars.) — Influence des vaso-moteurs dans la production de certains désordres fonctionnels, avec quelques remarques sur le traitement, par J. ATKINSON. (*The practitioner*, février.) — Des modifications de la sensibilité du membre supérieur consécutives aux sections nerveuses, par G. MALARET. (*Thèse de Paris*, n° 232.) — Action de l'acide borique sur les nerfs. Expériences, par M. SCHIFF. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 244, avril.) — Traité des maladies du système nerveux, par J. ROSS. (2 vol. in-8°, *Londres*.) — Des maladies nerveuses héréditaires, par P.-J. MOEBIUS. (*Volkmann's sammlung*, n° 171.) — Influence des affections nerveuses sur la génération et la stérilité, par ROSENTHAL. (*Wiener klinik*, 5e fascicule, 1880.) — Exemple de trophonévrose faciale bilatérale, par FLASHAR. (*Berliner klinische Woch.*, 2 août 1880.) — Un cas de trophonévrose, par RUD. VIRCHOW. (*Ibid.*, 19 juillet 1880.) — Présentation d'un homme atteint d'atrophie du côté gauche de la face, et déjà observé par Romberg, par WESTPHAL. (*Ibid.*, 8 novembre 1880.) — Exemple de tumeurs multiples (sarcomes du système nerveux central et de ses enveloppes), par FR. SCHULTZE. (*Ibid.*, 13 septembre 1880.) — La faiblesse des nerfs (asthénie nerveuse), sa nature et les états qui en dérivent, par GEORG. M. BEARD. Traduit par M. NEISSER. (*Leipzig.*) — Suture du nerf cubital suivi de succès, par TILLMANNS. (*Berliner klinische Woch.*, 23 mai.) — Sur les sutures des nerfs, par BUSCH. (*Ibid.*, 13 juin.) — Cas de névralgie trifaciale épileptiforme, par LIÉGEOIS. (*Rev. méd. de l'Est*, p. 179.) — Sur la névralgie iléo-lombaire symptomatique des affections des organes génitaux chez la femme, par A. LE BAILLY. (*Thèse de Paris*, n° 211.) — Pathologie et traitement des névralgies, par C. LANGE. (*Hosp. tidende.*, *2 R.*, VII, 1880.) — Névralgie du grand occipital. Extension de ce nerf suivie de guérison, par H. SCHNESSLER. (*Berliner klinische Woch.*, 27 septembre 1880.) — De la névrite optique dans les affections cérébrales, par L. HUGHLINGS JACKSON. (*Med. Times*, 19 mars.) — Névrites multiples, extension des plexus brachiaux, par HILLER. (*Berliner klinische Woch.*, 10 octobre.) — De l'extension des nerfs sciatiques dans les affections médullaires, par H SCHNESSLER. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Mes nouvelles expériences sur l'effet de l'extension des nerfs dans l'ataxie et les autres affections médullaires, par CARL. LANGENBUCH. (*Ibid.*, 13, 20 et 27 juin.) — De l'extension des muscles dans les affections périphériques et centrales et notamment dans l'ataxie locomotrice, par MUELLER et EBNER. (*Wiener klinik*, 7e fasc.) — Névromes cicatriciels sur un moignon de désarticulation de l'épaule ; extirpation, par DUPLOUY. (*Soc. de chir.*, p. 301.)

Nez. — Le canal naso-palatin chez l'homme, par H. LEBOUCQ. (*Archives de biologie*, III, fasc. 3.) — Des opérations rhinoscopiques, par ARTHUR HARTMANN. (*Berliner klinische Woch.*, 6 juin.) — Les polypes nasaux et leur traitement chirurgical, par VOLTOLINI. (*Ibid.*, 14 février, *Vienne*, 1880.) —

Nouvel instrument pour l'ablation des végétations adénoïdes des arrière-narines, par J. MICHAEL. (*Ibid.*, 31 janvier.) — Des différentes formes de rhinite et de leur traitement par tamponnement, par GOTTSTEIN. (*Ibid.*) 24 janvier.) — De la déviation des fosses nasales, par ROSER. (*Ibid.*, 8 novembre 1880.) — Le catarrhe chronique du nez et du pharynx, par M. BRESGEN. (*Vienne.*) — De l'ozène, par KENDAL FRANKS. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 511, juin.) — Du traitement de certaines tumeurs nasales, par SERGENT. (*Thèse de Paris*, n° 316.) — De la rhinite chronique simple et des rhinites diathésiques, par J. GOURJON. (*Thèse de Paris*, n° 215.) — Contribution au traitement du coryza chronique simple, par LŒWENBERG. (*Union médicale*, 28 juillet 1880.)

O

Obésité. — Cystinurie, obésité et calculs biliaires, leçon de Arnaldo Cantani, traduite en allemand, par SIEGFRIED HAHN. (*Berlin.*)

Obstétrique. — De la composition d'un sac obstétrical, par C. NÉGADELLE. (*Thèse de Paris*, n° 175.) — 1er compte rendu annuel de la policlinique obstétricale de la Charité de Berlin, dirigée par Gusserow (1880-81), par O. WITZEL. (*Berliner klinische Wochens.*, 11 et 18 juillet.) — Contribution à la statistique obstétricale, par DIETERICH (d'Oels.) (*Vierteljahr. für gerich. Medicin und œffent. Sanitae.*, octobre.) — Manuel des opérations obstétricales, par P. ZWEIFEL. (*Stuttgart.*)

Occlusion intestinale. — Invagination de l'intestin grêle dans le gros intestin chez une vieille femme, par GIROU. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Trois cas d'obstruction intestinale, par JAMES FINLAYSON. (*The Practitioner*, décembre 1880.) — Traitement de l'iléus par le massage, par MAX BUCH. (*Berliner klinische Wochens.*, octobre 1880.) — Invagination guérie par les douches ascendantes, par LUDEWIG. (*Ibid.*, 29 août.) — Iléus traité par le mercure coulant, par AD. KESSLER. (*Ibid.*, 6 septembre 1880.) — Guérison d'un cas d'iléus, par KUPKE. (*Allg. med. Ctr. Zeitg.* 1880, 32 et *Med. chirurg. Rundschau*, n° 6, 1880.) — Sur le traitement par les narcotiques des obstructions intestinales ne dérivant pas d'un étranglement interne, par DE CÉRENVILLE et par EXCHAQUET. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, 121, février.)

Œil. — De l'utilité de l'ophtalmologie au point de vue de la médecine générale, par ROMIÉE. (*Annales de la Société de Liège*, septembre. — Compte rendu de la clinique ophtalmologique de Berne pour 1879, par PLUEGER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, p. 623.) — Compte rendu de la clinique ophtalmologique de l'Université de Giessen pour 1879-1881, par A. VON HIPPEL, VOSSIUS et MARKWALD. (*Stuttgart.*) — Thérapeutique des affections oculaires, par W. GOLDZIEHER. (*Stuttgart.*) — La réfraction de l'œil, par ST. MORTON. (In-8°, *Londres.*) — Iconographie photographique appliquée à l'ophtalmologie, par GAYET, HOCQUARD et MASSON. (*Lyon méd.*, 23 octobre.) — L'expression des yeux, par HERSING. (*Stuttgart.*) — L'ophtalmoscope, par SCHUMANN. (*Dresde*, 1880.) — Nouvel ophtalmotrope, par EMMERT. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 août 1880.) L'optomètre de Burgel, par PFLUEGER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 septembre 1880.) — 1° échelles métriques pour l'examen des yeux ; 2° examen et correction de la vision, par L. CARRERAS-ARAGO, Barcelone, 1879-1880. (*Correspondenz-Blatt*, p. 465.) — Des affections ocu-

laires plus spéciales au sexe féminin, par A. Geissler. (*Berliner klinische Wochens.*, 20 septembre 1880.) — Épidémie d'ophtalmie diphtérique, par Dujardin. (*Journ. des sc. de Lille*, septembre.) — L'étranglement du nerf optique et les conséquences qu'il a pour l'œil, par Adelbert Russi. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Pièces de névrite rétrobulbaire présentées par Samelsohn. (*Berliner klinische Woch.*, 29 novembre 1880.) — Sur un cas d'ophtalmie sympathique, par J. Hirschberg. (*Ibid.*, 6 juin.) — Résultat d'expériences montrant que l'excitation mécanique du rameau ophtalmique détermine la transsudation dans l'humeur aqueuse des agents fibrinogènes, par Gruenhagen. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Sur la pathogénie de l'ophtalmie sympatique, par Becker. (*Ibid.*, 27 juin.) — Les altérations du fond de l'œil dans la stase veineuse universelle, par M. Litten. (*Ibid.*, 3 janvier.) — Présentation d'un jeune campagnard atteint spontanément d'une anesthésie complète du trijumeau avec ophtalmie névro-paralytique, par Senator. (*Ibid.*, 7 février.) — Un cas d'héméralopie avec rétrécissement du champ visuel, par Krosta. *Ibid.*, 7 février.) — Quelques mots sur la névrite optique et sur sa curabilité, par Galezoswki. (*Recueil d'ophtal.*, n° 4, p. 214, et n° 5, p. 272.) — Restauration de la vue dans une amblyopie de longue durée, par S. Little. (*Amer. Journ. of med. sc.*, p. 451.) — Fait de dépôt considérable de cristaux de cholestérine dans la chambre antérieure de l'œil, par Schoeler. (*Ibid.*, 19 juillet 1880.) — De l'hémiopie dans ses rapports avec le diagnostic des affections cérébrales, par Herm. Wilbrand. (*Berlin.*) — Contribution à l'étude des paralysies musculaires de l'œil, par Ulrich Herzenstein. (*Berlin.*) — Sur une ophtalmie causée par la lumière électrique, par Nodier. (*Thèse de Paris*, n° 264.) — De l'héméralopie dans les affections hépatiques, par P. Mouly (*Thèse de Paris*, n° 217.) — Production d'un ostéome vrai dans le globe de l'œil, par Story. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 168, août.) — Des moyens de conjurer les dangers de l'ophtalmie des nouveau-nés, par Galezowski. (*Revue d'hygiène*, mai.) — Dangers, pour l'œil, du jouet dit l'hirondelle (3 cas de perforation de la cornée gauche avec procidence de l'iris, par Fieuzal. (*Ibid.*, 299, avril.) — Des blessures de l'œil par la plume d'acier dans les écoles primaires et de la nécessité d'y porter remède, par Galezowski. (*Ibid.*, septembre 1880.) — Affections parasitaires de l'œil, par O. Haab. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er février.) — La valeur thérapeutique de la névrotomie opto-ciliaire, par M. Éd. Meyer. (*Journ. de thérapeutique*, oct. 1880.) — De la section du nerf optique et des nerfs ciliaires pour remplacer l'énucléation du globe oculaire, par Williams. (*Boston med. and surg. Journal*, 22 janvier 1880.) — Action du courant galvanique sur l'œil sain, par Barbara Tscherbatscheff. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Les antiseptiques (résorsine, acide borique) et les nouvelles opérations en oculistique, extraction des cysticerques sous-rétiniens par sclérotomie, extraction des esquilles de fer avec les aimants, par O. Haab. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 janvier.) — Sur l'emploi en ophtalmologie des solutions d'atropine et d'éserine antiseptiques, par Max Kroener. (*Ibid.*, 1er octobre.) — Résultats d'expériences sur le bromhydrate d'homatropine dans l'oculistique, par Krota. (*Berliner klinische Wochens.*, 7 février.)

Œsophage. — De l'œsophagotomie contre les rétrécissements de l'œsophage, par Bidau. (*Thèse de Bordeaux*, 4 août.) — Œsophagotomie par un corps étranger de l'œsophage, par Bills. (*Berliner klinische Wochens.*, 20 septembre 1880.) — Rétrécissement de l'œsophage par ingestion de potasse caustique, par E. Wagner. (*Ibid.*, 15 août.)

Œuf. — Présentation d'un ovule humain, sain, expulsé au 3e mois, sans apparence de fœtus, par Osterlon. (*Berlin. klinische Wochens.*, 5 juillet 1880.)

— Ovule de la grosseur d'un œuf de pigeon éliminé 8 jours après la première absence des règles, par A. Martin. (*Ibid.*, 7 février.) — Présentation d'un ovule polypiforme éliminé au 3e mois par une quadripare avec les symptômes d'une grossesse du col, par Lœhlein. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Présentation d'un ovule expulsé à la 4e semaine : épanchements sanguins dans la caduque et entre l'amnios et le chorion, résorption du fœtus, traitement de l'avortement, par Conrad. (*Corr.-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mai 1881.)

Orbite. — Relation entre les inflammations intra-craniennes et orbitaires, par Berlin. (*Berliner klinische Wochens.*, 12 juillet 1880.) — Exophtalmie par exostose suite de fracture du rebord orbitaire, par Schmidt-Rimpler. (*Ibid.*, 18 avril.)

Oreille. — Manuel d'otiatrie, comprenant l'anatomie de l'oreille, par A. von Troeltsch, 7e édition. (Leipzig.) — Topographie de l'oreille externe et lésions qui peuvent l'atteindre, par W. Kirchner. (*Verhandlungen der Physik. medicin Gesellschaft in Würzburg*, XVI, n° 6.) — Modèle en cire de l'organe auditif chez l'homme, par Burckardt-Mérian. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 décembre 1880.) — De l'importance de l'analyse des bruits auriculaires au point de vue de l'étude de l'organe auditif, par Dennert. (*Berliner klinische Wochens.*, 2 et 9 mai.) — De l'influence des lésions des nerfs grand sympathique et trijumeau sur la détermination de certaines affections de l'oreille, par Baratoux. (*Tribune médic.*, n° 677.) — Affections auriculaires des conducteurs de locomotives et chauffeurs, par Schwabach et H. Pollnow. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde* et *Berliner klinische Wochens.*, p. 524.) — Mélancolie occasionnée par un bruit auriculaire réel, par Franz Tuczek. (*Berliner klinische Wochens.*, 25 juillet.) — Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale, par J. Baratoux. (*Thèse de Paris*, n° 334.) — Des engorgements et de l'ankylose des articulations des osselets de l'ouïe, par Ladreit de Lacharrière. (*Ann. des mal. de l'oreille*, p. 133.) — Essai sur l'hématome de l'oreille, par Sockeel. (In-8°, 68 p., *Douai.*) — Sur l'étiologie et le siège anatomique de l'othématome, par Ch. Vallon. (*L'Encéphale*, n° 2.) — Carie du rocher, méningite encéphalite, par Ch. Lasègue. (*Arch. gén. de méd.*, février.) — Le furoncle de l'oreille et la furonculose, par Loewenberg. (*Progrès médical*, 2 juillet.) — Du traitement de l'otite moyenne suppurée simple par l'acide borique en poudre, par Filippini. (*Thèse de Paris*, n° 360.) — Des dangers de la suppuration de l'oreille moyenne, par Rob. Sainclair. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1063, juin.) — Traitement de la suppuration chronique de l'oreille moyenne, par Adam Politzer. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 décembre 1880.) — Les blessures de l'oreille au point de vue médico-légal, par Trautmann. (*Tubingue.*)

Oreillon. — De l'orchite ourlienne, par Heller. (*Berliner klinische Wochens.*, 20 septembre 1880.)

Os. — Élasticité et solidité des os humains, par Otto Messerer. (Stuttgardt, 1880.) — Sur l'interruption de la circulation dans la substance spongieuse des os et sur le rôle des villosités arachnoïdiennes, par Kolmann. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, septembre 1880.) — Note sur les prolongements protoplasmiques des corpuscules étoilés des os, par Chevassu. (*Arch. de Physiol.*) — La paroi des corpuscules osseux, par Broesicke. (*Berliner klinische Wochens.*, 25 octobre 1880.) — Des transplantations de la moelle osseuse, par Paul Bruns. (*Berliner klinische Wochens.*, 9 mai.) — Le tissu osseux des batraciens, d'après les recherches de Kastschenko, par F. Busch. (*Verhandlungen der physiologischen*

gesellschaft zu Berlin, 20 mai.) — L'ossification normale et les affections du système osseux dans le rachitisme et la syphilis héréditaires, par M. Kassowitz. (*Vienne*, 1880.) — Défense de la théorie des ostéoblastes contre quelques objections nouvelles, par Busch. (*Verhandl. der phys. Gesells. zu Berlin*, 10 décembre, 1880.) — Sur l'état de la moelle des os dans différents états morbides, par M. Grohé. (*Berliner klinische Woch.*, 31 octobre.) — Tumeur primaire d'un os ayant l'apparence d'un cancer du sein (tumeur sur le sternum à structure carcinomateuse), par Gilbert Barling. (*Journ. of anat. and physiol.*, vol. XVI, octobre.) — Sarcome myéloïde du péroné, par Boyd. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 87, juillet.) — Extirpation d'un vaste sarcome du frontal, par E. Kuester. (*Berliner klinische Woch.*, 7 nov.) — Du chondrome de l'omoplate, par H. Walder. (*Thèse de Leipzig.*) — Sur les tumeurs osseuses des os anciennement appelées cancers ostéoïdes, par Walsham. (*Saint-Barthol. hosp. rep.*, t. XV, p. 111 à 118.) — Tumeur éburnée du sinus frontal, par Teillais. (*Journ. de méd. de l'Ouest.*) — Cholestéatome du temporal ; mort par thrombose du sinus, par L. Katz. (*Berliner klinische Wochens.*, 21 mars.) — Myxo-enchondromes multiples du fémur, désarticulation de la hanche. Mort, par Louis Reverdin. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 296 et 372, mai et juin.) — Hyperostoses généralisés, par Rathery et Leloir. (*Revue de médecine*, septembre 1881.) — Nouvel exemple de nécrose du temporal chez un enfant, par C. Keller. (*Berliner klinische Wochens.*, novembre 1880.) — Élimination spontanée de la dyaphyse nécrosée du tibia chez un jeune garçon, par B. Schmidt. (*Ibid.*, 23 mai.) — Nouvelle méthode de traitement des caries, par Oscar Kollmann (frictions de savon vert). (*Ibid.*, 9 mai.) — L'iodoforme comme topique dans la tuberculose des os et des articulations, par Mikulier. (*Ibid.*, 18 avril.) — Ostéomyélite de la clavicule, par Goltdammer. (*Ibid.*, 25 avril.) — Ostéomyélite juxta-épiphysaire, à 18 ans ; fistules pendant 41 ans, séquestres successifs ; mort, par Nicaise. (*Soc. de chir.*, p. 565.) — Ostéotomie du fémur pour le redressement d'un genu valgum, par Beau regard. (*Soc. de chir.*, p. 287.) — Un cas d'ostéotomie double du fémur pour genu valgum, par Bleuler. (*Correspondenz - Blatt für schweizer Aerzte*, 1er juin.)

Ostéomalacie. — Ostéomalacie progressive des membres inférieurs développée à la suite d'une résection de la hanche, par Rose. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.) — De l'ostéomalacie sénile, par Demange. (*Revue de médecine*, septembre.)

Ovaire. — Ovarite subaiguë : menace de péritonite au moment de l'ovulation menstruelle, par A. Whynne Foot. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 97, août.) — Kyste ovarique ayant présenté les caractères d'une ascite, par Gerber. (*Soc. anat.*, 12 mars.) — Pièces montrant l'atrophie d'un kyste ovarique survenu après une ponction, grâce à la torsion de son pédicule, par Schrœder. (*Berliner klinische Wochens.*, 29 novembre 1880.) — Hématocèle rétro-utérine survenue après l'extirpation d'un kyste de l'ovaire. Guérison, par Traugott Kroner. (*Breslauer Aerztl. Zeitschr.*, II, 1880.) — Extirpation d'un sarcome kystique de l'ovaire pesant 15 livres 1/2 chez une femme de 68 ans. Guérison, par Fassbender. (*Berliner klinische Wochens.*, 11 oct. 1880.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie, phénomènes thoraciques graves, par Van den Bosch. (*Ann. gynécol.*, janvier). — Contribution à la castration féminine : rétroflexion utérine, pelvipéritonite, hydropisie tubaire, extirpation des ovaires et d'une trompe. Guérison, par Ernst Odebrecht. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 et 25 avril.) — Manuel opératoire de l'ovariotomie, par Pl. Churchill. (*Ann. de gynécologie*, novembre 1880.) — Contribution à l'étude de l'ovariotomie, par Jules Hue.

(*Ann. de gynéc.*, janvier.) — L'ovariotomie en 1880, par Eustache. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Contribution à l'anatomie des ovariotomies incomplètes, par Cazin. (*Arch. de tocologie*, mars.) — Ovariotomie compliquée suivie de succès, par Paquet. (*Bulletin médical du Nord*, juillet.) — 4 ovariotomies intéressantes, par P. Ruge. (*Berliner klinische Wochens.*, 14 mars.) — Ovariotomie, réduction du pédicule, par Vulliet et L. Cattin. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 368, juin.)

Oxygène. — De l'oxygène en thérapeutique, par Doreau. (*Thèse de Paris*, n° 234.

P

Pain. — Des effets de l'ingestion de pain moisi chez les animaux et chez l'homme, par P. Mégnin. (*Revue d'hygiène*, janvier et février.) — La ligue anglaise pour la réforme du pain (emploi du blé entier non dépouillé de son), par Douglas Hogg. (*Ibid.*, 660, août.)

Palais. — Note sur les pertes épithéliales de la voûte palatine, par H. Lebouco, (*Archives de biologie*, t. II, fasc. 3.)

Pancréas. — Cancer du pancréas comprimant les voies biliaires, atrophie du ventricule droit, par Legendre. (*Soc. anat.*, 25 fév.) — Cancer du pancréas, par Sahli. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mai.) — Hémorragie probable du pancréas donnant lieu à une tumeur incisée comme un abcès ; persistance de l'ouverture fistuleuse, par E. Wagner. (*Berliner klin. Wochens.*, 3 octobre.)

Pansement. — De l'irrigation continue en chirurgie, par Betailloulouxx. (*Thèse de Paris*, n° 235.) — De la pulvérisation dans le pansement antiseptique, par Cotton. (*Thèse de Lyon*, 4 août.) — Le pansement salicyliqué, par L.-G. Courvoisier. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 mai.) — Le pansement antiseptique des plaies avec des solutions faibles de chlorure de zinc, par Th. Kocher. (*Wolkmann's Sammlung*, n°s 203 et 204.) — Remarques sur la valeur de l'iodoforme dans le pansement des plaies, par R. Falkson et par H. Hœftmann. (*Berliner klinische Woch.*, 7 novembre.) — De l'emploi de l'essence d'eucalyptus pour les pansements antiseptiques, par Th. Siegen et remarques de Busch. (*Ibid.*, 28 mars.)

Paralysie. — Présentation d'un homme ayant une hémiparésie de la moitié droite du voile palatin et de la langue avec diminution de volume de la partie correspondante du crâne et de la face ; ankylose des mâchoires et transposition des viscères, par E. Wagner. (*Berliner klin. Wochens.*, 3 octobre.) — Sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte, par P. Sauze. (*Thèse de Paris*, n° 238.) — Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë, par Schultze. (*Berliner klinische Wochens.*, 27 juin.) — Un cas de paralysie spinale spasmodique congénitale avec athésie bilatérale, par Ladislas Pollak. (*Ibid.*, 19 et 26 juillet 1880.) — Cas de paralysie infantile traitée par les courants continus, guérison complète, par Finlay. (*Med. Times*, 8 janvier). — Paralysie avec atrophie de l'un des membres inférieurs, par Buzzard. (*Lancet*, 13 décembre 1879.) — Un cas de paralysie isolée du grand dentelé droit, d'origine rhumatismale, par Senator. (*Berliner klinische Woch.*, 9 août 1880.) — Cas de paralysie causée par la peur, par P.-K. Pel. (*Berliner klinische Woch.*, 6 juin.) — Sur

une forme rhumatismale de la paralysie agitante, par VERSELLE. (*Thèse de Lyon*, 26 juillet.)

Paralysie générale. — Hallucinations dans la paralysie générale, par J. GIRMA. (*Thèse de Paris*, n° 277.) — Paralysie générale ayant présenté pendant la vie les symptômes d'une sclérose en plaques, par VARIOT. (*L'Encéphale*, n° 2.) — De la pseudo-paralysie générale alcoolique, par LACAILLE. (*Thèse de Paris*, n° 278.) — Le délire des grandeurs n'est pas un signe exclusif de la paralysie générale progressive, par LAUTAR. (*Thèse de Paris*, n° 225.)

Parole. — Sur l'amnésie traumatique isolée, par FERRÉ. (*Thèse de Paris*, n° 341.)

Pathologie. — Compendium de médecine pratique, par C.-F KUNZE. (*Stuttgart*, 7e édition.) — Compendium de pathologie générale, par S. SAMUEL. (*Sattgart*, 1880.) — Leçons de clinique médicale (mal. de la gorge, de l'estomac), par E. BRIAND. (In-8°, *Angers*.)

Paupières. — Contributions à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie des cils, par ERNST MÆHLY. (*Thèse inaugurale de Bâle*, et *Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, p. 502, 1880.) — Note sur un cas d'emphysème des paupières et de l'orbite, par BAUDRY. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 8, p. 449.) — Du traitement de la blépharite ulcéreuse, par W. KROLL. (*Berliner klinische Wochens.*, 28 février.) — Chancre induré de la paupière inférieure, par RICHON. (*Gaz. des Hôpitaux*, 7 juillet.)

Peau. — Iconographie photographique des maladies de la peau, par FOX, traduction par HOLMAN, avec planches. (*Paris*.)

Pemphigus. — Un cas de pemphigus aigu, par SENFTLEBEN. (*Berliner klinische Wochens.*, 9 et 16 août 1880.)

Pénis. — Un cas d'ulcération tuberculeuse du gland, par JULLIARD. (*Revue médicale de la Suisse romande*, I, 63, janvier.) — Manuel opératoire de l'opération du phimosis, par REVERDIN. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 222, avril.) — Des divers modes opératoires du phimosis, par LAYLAVOIX. (*Thèse de Paris*, n° 365.)

Péricarde. — Du diagnostic de la péricardite, par J. SCHREIBER. (*Berliner klinische Woch.*, 5 septembre.) — Idem, par E. WAGNER. (*Ibid.*, 20 juin.)

Péritoine. — De la propagation des inflammations du péritoine aux plèvres et réciproquement, par BLANC. (*Thèse de Lyon*, 26 juillet.) — Extirpation d'une tumeur solide partant du mésentère, par MŒRICKE. (*Berliner klinische Woch.*, 12 septembre.) — D'une forme de péritonite subaiguë, par BAEUMLER. (*Berliner klinische Woch.*, 4 octobre 1880.) — Péritonite chronique tuberculeuse sus-ombilicale; adhérences costo-diaphragmatiques gauches, perforation du diaphragme, pleurésie purulente, mort, par CHAUFFARD. (*Soc. anat.*, 25 mars.) — Du traitement de la péritonite aiguë, par L. MOSIMANN. (*Thèse de Paris*, n° 189.) — Note sur deux cas de sarcome du péritoine et du tissu cellulaire rétro-péritonéal, par KELSCH et WANNEBROUCQ. (*Progrès médical*, 17 septembre.)

Périoste. — De la périostite externe chronique des membres, par C. MIDON. (*Thèse de Paris*, n° 184.)

Pharmacologie. — Traité de pharmacologie, par A. CLOETTA. *Fribourg en Brisgau et Tubingue*.) — Recherches sur les effets physiologiques des diffé-

rentes aconitines, A. anglaise, A. allemande, A. de Duquesnel, par B. von. Anrep. (*Archiv für Anatomie und Physiologie. Suppl. Band*, p. 161, 1880.) — De quelques médicaments nouveaux, par Massini (tonga, quebracho, acide bromhydrique). (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er septembre.) — Notice sur le quebracho, par Fr. Rohrer. (*Ibid.*, n° 20, p. 659, 15 octobre 1880.) — Sur quelques médicaments nouveaux (quebracho, ping hawar-yarabi, pelletiérinne, résorcine, podophylle), par Buttin. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 258, avril.) — Effets narcotiques de l'iode, du brome et du chlore, par Binz. (*Berliner klinische Wochens.*, 28 mars. — L'essence d'eucalyptus, par H. Schulz. (*Bonn*, 1881.) — De l'iodoforme donné à l'intérieur, par Mirza-Hussein-Khan. (*Thèse de Paris*, n° 318.) Recherches expérimentales sur l'action biologique de la berbérine, par A. Curci. (*Raccogliorte médico*, série 4, vol. 15.) — De l'action physiologique et thérapeutique de la caféine, par F. Giraud. (*Thèse de Lyon*, n° 75.) — Action de la digitale sur le tissu musculaire du cœur, par F. Franck. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 septembre.) — Le suc laiteux du carica papaya et la pepsine végétale qu'on en retire (papaïne), par Albrecht. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er novembre 1880.) — Action de la conine sur certaines muqueuses, par Bochefontaine. (*Journ. des connaissances méd.*, n° 33.) — Du mode d'action de la belladone, par T. Warton Jones. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril, p. 362.) — Contribution à l'étude de la picrotoxyne, par E. Lowenhardt. (*Giebels Zeitsch. f. d. ges. Natur.*, 35, 1880.) — De l'aconit et de l'aconitine au point de vue de la toxicologie, par A. Biechy. (*Thèse de Paris*, n° 249.)

Pharynx. — Du traitement de la pharyngite granuleuse par l'ignipuncture, par Balleydier. (*Thèse de Paris*, n° 210.) — Deux observations d'abcès rétro-pharyngiens, par Édouard Martin, remarques de Gautier. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 619 et 624, octobre.)

Phlegmon. — Des phlegmons diffus consécutifs à l'inflammation secondaire des bourses séreuses, par Ducros. (*Thèse de Paris*, n° 158). — De l'adénophlegmon juxta-pubien, par Danion. (*Thèse de Paris*, n° 326.) — Phlegmons péri-rectaux, par Trélat. (*Gaz. des Hôp.*, 24 septembre.) — Un cas de phlegmon de la fosse iliaque, par Paquet. (*Bulletin médical du Nord*, juin.)

Phtisie. — Statistique sur la phtisie pulmonaire dressée par la Société des médecins du Schleswig-Holstein, par Bockendahl. (*Deutsche medicinische Zeitung*, n° 38.) — D'une influence spéciale exercée par les affections cérébrales sur la marche de la phtisie pulmonaire, par Baeumler. (De 3 observations, l'auteur conclut qu'une affection de cerveau peut masquer une phtisie en la rendant apyrétique et que chez les jeunes sujets l'absence de lésions nécroscopiques dans les poumons n'exclut nullement la nature tuberculeuse des tumeurs cérébrales.) (*Berliner klinische Woch.*, 12 juillet 1880.) — Phtisie pulmonaire; cause, traitement préventif, par J. Janvier. (*Thèse de Paris*, n° 216.) — Terminaison de la phtisie aiguë par la phtisie commune, par Imbert. (*Thèse de Paris*, n° 367.) — De l'élimination de l'urée dans la phtisie pulmonaire, par Numot. (*Thèse de Paris*, n° 255.) — Leçon sur la caverne, par Revilliod. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 373, juin.) — Phtisie pulmonaire chez un homme de 22 ans. Pneumothorax droit qui rétrograde peu à peu, par E. Wagner. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 avril.) — De l'évacuation par la ponction des cavernes pulmonaires, par E. Thompson. (*Virginia medical Monthly*, juin 1880 et *Med. Chir. Rundschau*, n° 1, 1881.) — Rôle de l'hydrothérapie dans la phtisie pulmonaire, par Winternitz. (*Wiener klinik*, 4e fascicule.)

Physiologie. — Traité de physiologie de M. Foster. Édition allemande de N. Kleinenberg. (*Heidelberg*, 1880.) — Manuel de physiologie pour les travaux de laboratoire, par V. Harris et d'Arcis Power. (In-12, *New York*.) — Physiologie de l'homme et des mammifères, par J. Munk. (*Berlin*.) — Contribution à la physiologie comparée, par Carl Arnold. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Principes de physiologie de Thomas H. Huxley, 2e édition, par I. Rosenthal. (*Leipzig*.) — Des combustions physiologiques, par Nencki. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er mars.)

Pied-bot. — Du pied-bot accidentel, par Routier. (*Thèse de Paris*, n° 291.) — Sur un appareil portatif pour pied-bot, par Julius Wolff. (*Berliner klinische Wochens.*, 6 juin.) — Résultats de la dissection d'un pied affecté de la déviation en dehors du gros orteil (oignon, hallux valgus), par J.-L. Reverdin. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 388, juin.)

Placenta. — Considérations sur l'enchatonnement du placenta, par Bubendorf. (In-8°, *Nancy*.) — Fait de dégénération myxomateuse totale du placenta, par Runge. (*Berliner klinische Wochens.*, 21 février.) — Double insertion vélamenteuse du cordon dans un cas de grossesse gémellaire. Causes de l'insertion vicieuse du placenta, par Thévenot. (*Ann. de gynécol.*, juin.) — Exemple d'hémorragie intra-placentaire, par Loehlein. (*Berliner klinische Wochens.*, 12 septembre.)

Plèvre. — Des pleurésies secondaires consécutives à l'inflammation de la paroi thoracique, par Masclanis. (*Thèse de Paris*, n° 162.) — De la pleurésie suraiguë à forme typhoïde, par Goumy. (*Thèse de Paris*, n° 154). — Sur quelques-uns des signes stéthoscopiques de la pleurésie, par P. Vassilesco. (*Thèse de Paris*, n° 373.) — De la pleurésie *a frigore*, par Forgerout. (*Thèse de Paris*, n° 348.) — De la pleurésie des vieillards, par Jaurand. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Essai sur la pleurésie infectieuse, par H. Laussedat. (*Thèse de Paris*, n° 354.) — Pleurésie droite. Endocardite athéromateuse et ulcéreuse. Angine de poitrine. Mort, par Du Cazal. (*Union médicale*, 24 juillet.) — Du pronostic éloigné de la pleurésie, par G. Joanny. (*Thèse de Paris*, n° 230.) — Des tensions intra-thoraciques dans les épanchements pleurétiques, par Pitres. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 août.) — Sur la ponction de la plèvre, par Goltdammer. (*Berliner klinische Wochens.*, 9 et 16 mai.) — Description d'un appareil pour thoracentèse, par Unverricht. (*Ibid.*, 5 septembre.) — Du traitement chirurgical de la pleurésie non purulente, par O. Heubner. (*Berliner klinische Wochens.*, 14 février.) — Du diagnostic de la pleurésie cancéreuse par l'examen microscopique du liquide de ponction (sans détails), par Ehrlich. (*Berliner klin. Wochens*, 10 octobre.) — Pleurésie purulente ouverte spontanément dans l'œsophage, par A. Foot. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 81, juillet.) — Pleurésie purulente : empyème. Mort 6 semaines plus tard ; autopsie : double anévrisme de l'aorte thoracique, l'un rompu dans le tissu periœsophagien (dysphagie), l'autre dans la plèvre (hémothorax mortel), par E. Wagner. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 avril.) — Empyème chronique avec résection de côtes, par De Cérenville. (*Revue de la Suisse romande*, I, p. 258, avril.) — Complications et conséquences de l'opération de l'empyème, par E. Monier. (*Thèse de Paris*, n° 287.) — De l'empyème et de son traitement, par Wagner. (In-8°, *Leipzig*.)

Poumon. — Nerfs des poumons du lézard, par W. Stirling. (*Journal of anat. and physiol.*, vol. XVI, octobre.) — De l'état normal et des altérations morbides de l'épithelium pulmonaire, par Veraguth. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 octobre.) — Etudes critiques et expérimentales sur la circulation pulmonaire, par Lalesque. (*Thèse de Paris*, n° 302.)

De la sidérose pulmonaire, par MICHAUX. (*Thèse de Paris*, n° 351.) — Des coagulations veineuses dans la pneumonie et leurs conséquences, par VALETTE. (*Thèse de Paris*, n° 152.) — Pneumonie du lobe inférieur gauche chez un homme de 51 ans, gangrène pulmonaire. Guérison, par E. WAGNER. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 avril.) — Pneumonie franche épidémique, par PENKERT. (*Ibid.*, 3 octobre.) — Œdème pulmonaire suraigu, par PHIL. DE LA HARPE. (*Revue de la Suisse romande*, I, p. 322 et 324, juin et mai.) — Cas d'œdème pulmonaire à retours périodiques, par DUBOIS. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril.). — Pneumonies massives, par DE BEURMANN et BRISSAUD ; idem par LEROUX. (*Arch. gén. de méd.*, fév., avril.) — Pneumonie double aiguë à gauche, chronique à droite, par FERRÉ. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 septembre.) — De l'ictère dans la pneumonie, par PEREZ. (*Thèse de Paris*, n° 260.) — Études expérimentales sur la transmissibilité des formes endémiques de spneumonie à des lapins, par ADOLPHE KUEHN. (*Berliner klinische Wochens.*, 19 septembre.) — De la pneumomycose et de la pharyngomycose produites par les sarcines, par CŒLESTIN NAUWERCK. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril.) — Contribution au diagnostic du pneumothorax, par FRANZ RIEGEL. (*Berliner klinische Wochens.*, 13 décembre 1880.) — Contribution à l'étude et au traitement du pneumothorax, par SENATOR. (*Ibid.*, 27 décembre 1880.) — Deux cas de hernie du poumon, par TOROK et CSURGAY. (*Gyogyarzat*, XIX, 1879, 22, 28, et *Med. Chir. Rundschau*, n° 12, 1880.) — Déchirure du poumon sans fracture de côtes : hémopneumothorax : thoracentèse, par BOUILLY. (*Gaz. méd. de Paris*, 15 octobre.)

Prostate. — Hypertrophie de la prostate ; rétention d'urine, cystite purulente, par GUIARD. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Cancer de la prostate (forme squirrheuse) cystite consécutive, obstruction d'un uretère, pyélo-néphrite, par BARTON. (*The Dublin Journ. of med. sc.*, p. 552, juin.)

Pseudarthrose. — Traitement des pseudarthroses chez les gens âgés, par A. LUDOT. (*Thèse de Paris*, n° 190.)

Psoriasis. — Le psoriasis vulgaire, par NEUMANN. (*Wiener klinik*, 2e fascic, 1880.)

Psychoses. — Manies récurrentes, par L. WITKOWSKI. (*Berliner klinische Wochens.*, 13 juin.) — Présentation d'une démonomaniaque chez laquelle on peut provoquer un état hypnotique et le retour des accès de manie, par BINSWANGER. (*Ibid.*, 10 octobre.) — Remarques sur l'hérédité dans les psychoses et les névroses par C. SPAMER. (*Ibid.*, 4 et 11 avril.) — Un cas d'agoraphobie survenu quelques années après une chute sur le tibia ayant donné lieu à une cicatrice non douloureuse, par MOELLI. (*Ibid.*, 4 avril.) — Des hallucinations, par MENDEL. (*Ibid.*, 30 août 1880.) — Vues scientifiques et psychiatrie, par VERNICKE. (*Ibid.*, 4 octobre 1880.) — Manuel de psychopathologie légale, par VON KRAFFT-EBING. (*Stuttgart.*) — L'enfant faiseur de miracles de M... Étude de son état mental, par K.-H. RIPPING. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin.*, p. 47, janv.) — Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents, par F. DEBACKER. (*Thèse de Paris.*)

Ptomaïnes. — Sur le développement des alcaloïdes cadavériques (ptomaïnes), par BROUARDEL et BOUTMY. (*Annales d'hygiène publiq.*, octobre 1880.) — Contribution à l'histoire des ptomaïnes, par ROBERT. (*Ibid.*, novembre 1880.)

Puerpéral (État). — Du traitement local intra-utérin de la fièvre puerpuérale, par BREISKY. (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Band* I, p. 316.) — De l'infection puerpérale tardive des accouchées, par VERT. (*Berliner klinische Woch.*,

1er août.) — Pièces provenant d'une accouchée atteinte de cancer du col et morte de septicémie puerpuérale. Gangrène de la tumeur qui avait été cause du dystocis et élimination presque complète, par ISRAEL. (*Ibid.*, 24 janvier.) — Présentation d'un foie farci d'abcès provenant d'une primipare morte dans la 5e semaine des couches sans lésions des organes génitaux, par WEGSCHEIDER. (*Ibid.*, 6 juin.) — Contribution à la solution pratique de la question de la fièvre puerpérale, par BRENNECKE. (*Ibid.*, 27 juin.) Un cas de mort subite pendant les couches, par CONRAD. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril.)

Q

Quarantaine. — Des mesures quarantenaires en Europe contre les maladies pestilentielles exotiques, par A. FAUVEL. (*Revue d'hygiène*, p. 726, septembre.)

Quinine. — Observations sur certains accidents produits par le sulfate de quinine (érythème quinique), par RIVET. (*Recueil de méd. mil.*) — Des sels neutres de quinine comme poisons du protoplasma, par BINZ. (*Berliner klinische Woch.*, 28 mars.) — De l'influence de la quinine sur les organisme, par BINZ. (*Ibid.*, 27 juin.) — De l'action physiologique du sulfate de quinine, par A. TESTORY. (*Thèse de Paris*, n° 311.)

R

Rachis. — Contribution aux anomalies des vertèbres, par HOLL. (*Striker's med. Jahrb., Heft* IV, p. 461, 1880.) — Un cas de cancer vertébral, par F. BUSCH. (*Berliner klinische Woch.*, 6 juin.) — Un cas de fracture du rachis par contraction musculaire, par SCHEDE. (*Ibid*, 6 juin.) — Du traitement des vieilles fractures de la colonne, par KUESTER. (*Ibid.*, 25 avril.) — Contribution à l'histoire des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, par TOURNEUX. (*Bull. médical du Nord*, juillet.) — De la cuirasse plâtrée à propos d'un cas de scoliose du dernier degré, considérablement amendée sous l'influence du traitement de SAYRE, par VINCENT. (*Lyon méd.*, 7 août.) — Nouveau procédé de mensuration des déviations rachidiennes, par AD. GRAMCKO. (*Berliner klinische Woch.*, 24 octobre.)

Rachitisme. — De la déformation rachitique des mâchoires, par H. SCHMID. (*Zeitschr. f. Heilk.*, p. 145, Bd 1.) — Des écoles de rachitique en Italie et des hôpitaux marins pour les scrofuleux, par E. VALLIN. (*Revue d'hygiène*, décembre 1880.) — Présentation d'un petit rachitique à fractures et pseudarthroses multiples, par ROSE. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.) — Déformation du squelette dans le rachitisme, par NICAISE. (*Gaz. des hôp.*, 16 août.) — Du rachitisme fœtal, par O. WYSS. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, janvier.) — Contribution à l'étude du rachitisme fœtal, par MARY SMITH. (*Thèse de Zurich*, 1880.) — Recherches expérimentales sur la pathologie du rachitisme, par A. BAGINSKI. (*Berliner klinische Woch.*, 12 septembre.) — Cas de rachitisme se développant chez un enfant de huit ans, traité et guéri par l'iodure de potassium, par DREWITT. (*Med. Times*, 1er janvier.)

Rage. — Observation d'hydrophobie rabique, par Bertholler et Eloy. (*Union médicale*, 11 août.) — Un cas de rage chez l'homme, par Ludwig Gajasy. (*Berliner klinische Woch.*, 19 juillet 1880.)—Discussion de la société médicale de Genève sur la rage. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 324, mai.) — Précautions à prendre pour diminuer la diffusion de l'hydrophobie. Loi néerlandaise du 5 juin 1875, par van Capelle. (*Ann. d'hygiène*, p. 285, septembre.) — Deux cas de rage humaine communiquée par le même chien et se développant l'une 40 jours après la morsure, l'autre 5 ans plus tard, par Léon Colin. (*Ibid.*, p. 408, mai.) — Instructions du conseil de salubrité de la Seine sur les soins à donner aux personnes mordues par des chiens enragés ou suspects de rage. (*Ibid.*, V, p. 492, mai.) — Des lésions vasculaires dans l'hydrophobie et d'autres maladies caractérisées par une excitation cérébrale. (Énumération des maladies dans lesquelles on a trouvé de l'hyperhémie ou des hémorragies capillaires), par G. Middleson. (*Journ. of anat. and physiol.*, V et XV, octobre 1880.)

Rate. — Absence de rate, par Jelenski. (*Berliner klinische Woch.*, 6 décembre 1880.)

Rectum. — De l'intervention chirurgicale dans le cancer du rectum, par Bouvet. (*Thèse de Bordeaux*, 9 juillet.) — Des ulcérations non malignes du rectum et de l'anus, par Charles Kelsey. (*Amer. Journ. of med. sc.*, avril p. 415.)

Réflexes. — De la conservation des réflexes tendineux dans l'ataxie locomotrice, par L. Thième. (*Thèse de Paris*, n° 293.) — Exemple de spasmes réflexes, par Bornemann. (*Berliner klinische Woch.*, 25 avril.)

Rein. — Des symptômes auriculaires dans le mal de Bright, par Gurovitsch. (*Berliner klinische Woch.*, 18 octobre 1880.) — Discussion sur l'atrophie et la sclérose rénale à propos du travail de Leyden, par Senator. (*Ibid.*, 10 juillet 1880.) — Complément des expériences de production d'infarctus calcaires des reins par lésion de l'épithélium, par Litten. (*Ibid.*, 17 janvier.) — Hydronéphrose d'un rein mobile suivie de pyonéphrose et d'abcès périnéphrétique. Traitement par établissement d'une fistule du bassinet, par Landau. (*Ibid.*, 13 décembre 1880.) — Hydronéphrose par rein mobile chez une femme, par E. Wagner. (*Ibid.*, 18 avril.) — De l'hypertrophie rénale, par Otto Leichtenstern. (*Ibid.*, 22 et 29 août.) — Rein mobile et ictère, par Berthold Stiller. (*Ibid.*, 20 septembre 1880.) — Le rein mobile chez la femme, par Leopold Landau. (*Berlin.*) — Des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales, par Bruchet. (*Thèse de Paris*, n° 330.) — L'excrétion d'hémoglobine dans les reins, par H. Bridges Adams. (*Thèse de Berne*, 1880.) — Néphrite et albuminurie, recherches d'anatomie pathologique, par Hugo Ribbert. (*Bonn.*) — L'hypertrophie du cœur et l'endo-périartérite dans la néphrite instertitielle, par Mathieu. (*Arch. de méd.* octobre.) — Sur la néphrite cantharidienne, par A. Nicolas. (*Thèse de Paris*, n° 220.) — Sur l'adipose du rein, par Lacrampe-Lousteau. (*Thèse de Paris*, n° 206.) — Sur les altérations de la structure rénale dans les néphrites, par A.-J. Helfrich. (*Leyde*, 1879.) — De la néphrite diffuse, par P. Bos. (*Leyde*, 1880. — *Berliner klinische Woch.*, 10 juillet 1880.) — Tumeur rénale causée par une dégénérescence caséeuse chez une tuberculeuse, par P. Guttmann. (*Ibid.*, 19 juillet 1880.) — Cancer primitif du rein développé à la suite de calculs, par Israel. (*Ibid.*, 10 octobre.) — Obstruction simultanée des deux uretères par des calculs rénaux ; mort après 5 jours d'anurie sans phénomènes urémiques, par H. Haehner. (*Ibid.*, 12 septembre.) — Rétention d'un drain pendant 7 mois dans la région rénale, par Oscar Eyselein. (*Ibid.*, 15 août.) — Absence de rein gauche : anurie com-

plète causée par un calcul obstruant l'uretère droit, par HEINR. SCHWENGERS. (*Ibid.*, 22 août.) — Carcinome primitif de la capsule surrénale, par SAPELIER. (*Soc. anat.*, 25 mars.) — Abcès périnéphrétique guéri par un traitement chirurgical, par SIEDAMGROTZKI. (*Berliner klinische Woch.*, 15 novembre 1880.) — Abcès périnéphrétique. Néphrotomie, par RICHET. (*Gaz. des hôpit.*, 25 août.) — Un cas de phlegmon périnéphrétique, par PAQUET. (*Bull. méd. du Nord*, juin.) — Kyste exceptionnel du rein, par AURIOL. (*Tribune méd.*, 17 juillet.) — Trois cas de contusions du rein, par SEBILEAU. (*Journ., de méd. de Bordeaux*, 7 août.) — Le drainage de la cavité péritonéale avec la relation de 7 extirpations de rein, par BARDENHEUER. (*Stuttgart.*)

Résection. — Résection presque totale du maxillaire supérieur droit, avec résection partielle du maxillaire supérieur gauche, par A. HEYDENREICH. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy*, 1879-80, p. 17.) — Des résections du poignet, par ALFRED GOENNER. (*Thèse, Bâle*, 1880.) — Résection du poignet pour arthrite chronique, par VON LESSER. (*Berliner klinische Woch.*, 13 décembre 1880.) — Arthrite déformante scapulo-humérale. Résection de l'épaule ; fistule persistante, par E. KUESTER. (*Ibid.*, 7 novembre.) — De l'emploi de clous dans les résections du genou pour maintenir les surfaces sciées en contact, par C. THIERSCH. (*Ibid.*, 3 octobre.)

Respiration. —Mécanisme de la respiration costale, par HOBSON. (*Journ. of anat. and physiol.*, *vol.* XV, avril.) —De la respiration pendant le sommeil, par LEWIN. (*Zeitschr. f. Biol.*, *Bd* XVII.) — Sur la respiration des animaux hibernants, Influence de diverses températures sur le sommeil hibernal, par ALEXIS HORVATH. (*Verhand. der physikal medicin Gesel. in Würzburg*, XV, p. 177.) — De l'exercice méthodique de la respiration dans ses rapports avec la conformation thoracique et la santé générale, par DALLY. (*Bull. de thérap.*, 15 septembre.) — Recherches sur l'influence de la hauteur (altitude) sur la respiration, par W. MARCET. (*Archives des sciences physiques et naturelles de Genève*, juillet.) — De l'usage et de l'abus des respirations, par THOMAS HEYDEN. (*The Dublin journ. of med. sc.*, p. 494, juin.) — Deux cas de dyspnée inspiratoire de cause réflexe (irritation de l'épiglotte par les follicules hypertrophiés de la base de la langue), par P. HEYMANN. (*Berliner klinische Woch.*, 4 juillet.) — Du traitement mécanique des affections respiratoires, par VON CORVAL. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 juin.) — Des rétrécissements cicatriciels de la portion supérieure des voies respiratoires, par JACOBSON. (*Volkmann's Sammlung*, n° 205.)

Rétine. — Du décollement rétinien et de son traitement, par L. DEBIERRE. (*Thèse de Paris*, n° 264.) — Du traitement du décollement rétinien par le nitrate de pilocarpine, par M. JOSSO. (*Thèse de Paris*, n° 240.) — Note sur un procédé expérimental pour la détermination de la sensibilité de la rétine aux impressions lumineuses colorées, par GILLET DE GRANDMONT. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 7, p. 405.) — De l'embolie de l'artère centrale de la rétine, par HAASE. (*Ibid.*, n° 8, p. 485.)

Rhumatisme. — Sur la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, par A. ROUSSEL. (*Thèse de Paris*, n° 128.) — Sur le rhumatisme dit hémorragique, par GALISSON. (*Thèse de Paris*, n° 259.) — Sur les localisations spinales du rhumatisme, par B. METTAS. (*Thèse de Paris*, n° 196.) — Complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu, par BUCQUOY. (*Gaz. des hôpit.*, 2 août.) —De la péricardo-pleurite dans le rhumatisme articulaire aigu, par DUROZIEZ. (*Union méd.*, 20, 22 septembre.) — Accès épileptiformes dans le rhumatisme articulaire aigu, par KNOEVENAGEL. (*Berliner klinische Woch.*,

5 juillet 1880.) — Observation unique de rhumatisme articulaire aigu (6 arthrites suppurées chez un enfant), par A. Voelkel. (*Ibid.*, 30 mai.) — Un cas de rhumatisme articulaire aigu survenu chez un enfant de neuf mois, par Robert John Garden. (*The Practitioner*, mars.) — Traitement de la névralgie rhumatismale, par l'électricité et l'iodoforme, par Mosso. (*Lo Sperimentale*, août.) — De la cure hydriatrique dans le rhumatisme, par Reuss. (*Journ. de thérap.*, n° 15, 16.)

Rougeole. — Épidémie de rougeole observée en 1879-80 d'après la statistique officielle des établissements universitaires de la ville d'Angers, par A. Guichard. (In-8° Angers.) — Rougeole, convulsions de la face et du membre supérieur à droite avec aphasie, suivies de paralysies fugaces, par Sorel. (*Union méd.*, 24 juillet.)

S

Saignée. — La saignée comme méthode abortive de l'inflammation, par Brugier. (*Journ. de méd. d'Alger*, septembre.)

Salivaire. — Colique salivaire; expulsion de deux calculs, par Saint-Philippe. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 août.)

Sang. — Les éléments figurés du sang dans la série animale, par Sappey. (In-8°, 194 p., *Paris.*) — Du rôle des corpuscules incolores du sang dans l'inflammation et la formation des tissus, par Baumgarten. (*Berliner klinische Wochens.*, 5 juillet 1880.) — Des corps albuminoïdes du sérum du sang, par Olof Hammarstem. (*Upsala läkareförenin. Förhand.*, Bd 13, p. 583, 1878.) — Observations sur les éléments incolores du sang de grenouille, par J. Gaule. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, p. 375, 1880.) — Sur l'hémoglobine oxycarbonique, par Weyt et Anrep. (*Arch. f. Anat. und Phys.*, p. 227, 1880.) — De l'accumulation des globules blancs du sang dans les vaisseaux, par Guillebeau. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril.) — Les cristaux de chlorhydrate d'hématine ou hémine, par G. Morache. (*Annales d'hygiène publique*, p. 17, janvier.) — De la numération des globules sanguins dans les maladies d'après les recherches de G. Toenniessen, par Franz Penzold. (*Berliner klinische Wochens.*, 8 août.) — Quelques observations faites sur le sang anémique, par Ehrlich. (*Ibid.*, 17 janvier.) — Présence à l'état normal dans le sang des hamsters d'un microparasite se rapprochant par la forme de la spirille récurrente, mais plus gros, par von Wittich. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Influence de la proportion d'acide carbonique du sang sur la répartition des alcalis entre le sérum et les globules, par Klee. (*Ibid.*, 5 septembre.)

Sarcome. — Exemple de sarcomes multiples, par Grunmach. (*Berliner klinische Wochens.*, 25 avril.) — Extirpation d'un sarcome rétrosternal chez une femme de 57 ans; guérison, par Burow. (*Ibid.*, 4 octobre 1880.)

Saturnisme. — De quelques troubles de la miction dans le saturnisme aigu et chronique, par L. Lejeune. (*Thèse de Paris*, n° 175.) — Pseudoparalysie générale d'origine saturnine, par A. Meyer. (*Thèse de Paris*, n° 325.) — De la paralysie saturnine, par Potain. (*Gaz. des Hôpitaux*, 16 juillet.) — Anatomie pathologique de la paralysie saturnine, atrophie des muscles, comme dans l'atrophie musculaire progressive, par S. Moritz. (*Journal*

ol. ant. and physiol., vol. XV.) — Mécanisme et prophylaxie de l'intoxication par le plomb chez les ouvriers, par A. GAUTIER. (*Annales d'hyiène*, p. 115, août.) — Dangers sanitaires des couvertes (vernis) au plomb, par F. SCHULER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er mars.) — Affections mentales consécutives à l'intoxication saturnine, par BARTENS. (*Allg. Ztschr. f. Psychiatrie*, 37, 1880.) — Un cas d'intoxication saturnine par mèches de briquet au chromate de plomb, par MALHERBE. (*Annales d'hyg. publ.*, IV, 372.) — Empoisonnements saturnins dans la province de Constantine, par E. RICHARD. (*Revue d'hygiène*, août 1880.) — De la perforation des réservoirs en zinc et de l'attaque des tuyaux de plomb par les eaux, par X. ROQUES. (*Ibid.*, août 1880.)

Scarlatine. — Sur la scarlatine des femmes en couches, par LEGENDRE. (*Thèse de Paris*, n° 261.) — Coexistence de la scarlatine et de la vaccine chez un même sujet, par P. FABRE. (*Soc. des sc. de Gannat*, p. 58.) — De la prophylaxie de la scarlatine, par DAVID PAGE. (*Annales d'hygiène*, p. 280, septembre.) — Deux cas de scarlatine à éruption insolite et apyrétique, par KONR. KUESTER. (*Berliner klinische Wochens.*, 4 juillet.) — Sur l'hypertrophie du cœur dans la néphrite de la scarlatine, par C. FRIEDLANDER. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, 12 novembre 1880.) — Causes et marche de l'urémie et de la néphrite scarlatineuse, par HAJEK. (*Arch. fur Kinderheilkunde*, 1880. — *Med. chir. Rundschau*, n° 10, 1880.) — Sur la néphrite consécutive aux scarlatines légères, par LUBANSKI. (*Union médicale*, 23 avril.) — La pilocarpine dans la scarlatine, par KONR. KUESTER. (*Berliner klin. Wochens.*, 4 juillet.)

Sclérotique. — De la sclérotite rhumatismale et du rhumatisme des membranes externes de l'œil, par PRIVÉ. (*Thèse de Paris*, n° 198.)

Sclérème. — Cas de sclérodermie, par HUGUENIN. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.)

Scrofule. — De la scrofule dans ses rapports avec les maladies de l'œil, par ESCANDE. (*Thèse de Paris*, n° 307.) — De l'étiologie de la scrofulose et de la phtisie pulmonaire, par CARL MORDHORST. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, p. 207.) — De la cure hydriatique dans la scrofule, par REUSS. (*Journal de thérapeutique*, n° 12, 13, 14.)

Scorbut. — Du scorbut dans ses rapports avec le traumatisme, par A. FERRA. (*Thèse de Paris*, n° 180.)

Seigle ergoté. — Des accidents causés par l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements, par A. MASSOT. (*Thèse de Paris*, n° 330.) — La forme active du seigle ergoté (pulvérisation extemporanée), par S. SCHAEFER. (*Berliner klinische Wochens.*, 23 mai.) — Action de l'ergotine sur le système nerveux central, par TUCZEK. (*Ibid.*, 27 juin.) — 15 cas de psychoses dans une épidémie d'ergotisme, par SIEMENS. (*Ibid.*, 18 avril.)

Sensibilité. — De l'influence antagoniste des excitations cutanées sur la sensibilité des parties symétriques du corps, par ALICE KER. (*Thèse, Berne*, 1880.)

Septicémie. — Septicémie aiguë après des piqûres de sangsues, par KOCHER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er août 1880.) — A propos de 35 cas de septicémie, par LITTEN. (*Berliner klinische Wochens.*, 27 septembre 1880.)

Serpent. — De la morsure de la vipère naja en Algérie et de son traitement par l'acide phénique, par JAQUEMET. (*Recueil de méd. mil.*)

Sexe. — Le sternum comme indice du sexe et de l'âge, par TH. DWIGHT. (*Journal of anat. and physiol.*, vol. XV, avril.) — Recherches expérimentales sur l'origine de la différence des sexes, par G. BORN. (*Bresl. erztl. Ztschr.*, III.)

Simulation. — Simulation des douleurs consécutives aux traumatismes, diagnostic par les courants électriques, par GUERMONPREZ. (*Journ. des sc. de Lille*, septembre.) — Les maladies simulées, par P.-H. MALMSTEN. (*Annales d'hygiène publique*, août 1880.) — Un fait de simulation d'impotence d'un membre inférieur, par SCHOLZ. (*Vierteljahrrschrift für gerichtliche Med.*, juillet.)

Sourd-muet. — Observation de surdi-mutité acquise, par C. KELLER. (*Berliner klinische Wochens.*, 3 octobre.) — Distribution géographique des sourds-muets en Suisse, par H. BIRCHER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 septembre.)

Spasme. — Sur un spasme fonctionnel du long péronier latéral et des jumeaux (chez une tisseuse), par BOUVERET. (*Lyon méd.*, 6 novembre.)

Sperme. — Spermatorrhée chez un vieillard à la suite d'une lésion grave de la moelle épinière, par FÜRBRINGER. (*Berliner klinische Wochenschrift* 24 octobre.)

Spina-bifida. — Spina-bifida guéri par injections iodées, par C. THIERSCH. (*Berliner klinische Wochens.*, 3 octobre.)

Station. — Le hammam de R'Irha (Algérie) considéré comme station d'hiver pour les goutteux et les rhumatisants, per T. LAUDER BRUNTON. (*The Practitioner*, avril.) — Zinnowitz, une nouvelle station de la mer Baltique, par W. SACHSE. (*Berliner klinische Wochens.*, 5 juillet 1880.) — Les bords du Nil comme station hivernale, par VALENTINER. (*Ibid.*, 17 et 24 octobre.) — Les stations hivernales, par H. REIMER, 3e édition. (Berlin.)

Statistique. — De la statistique criminelle en France au point de vue médico-légal, par CHAUSSINAUD. (*Thèse de Lyon*, 5 août.) — Communications du bureau de statistique de la ville de Chemnitz, publiées par MAX FLINZER. (5e fascicule, Chemnitz, 1880.) — Annuaire statistique de la ville de Berlin. (6e année, Berlin 1880.) — Statistique des infirmiers des hôpitaux et asiles d'aliénés prussiens. (*Berliner klinische Wochens.*, 19 juillet 1880.) — Communications statistiques et pédiatriques de l'orphelinat de Prague, par GOTTFRIED RITTER VON RITTERSHAIN. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 24, 1880.) — Statistique de la morbidité par maladies infectieuses à Berne en 1878, par WYTTENBACH. (*Ibid.*, 1er août 1880.) — Circulaire du préfet de la Seine (15 janvier 1881) relative à la statistique de la morbidité parisienne. (*Annales d'hygiène*, V, p. 281.) — Statistique et démographie de la ville de Nancy en 1879. (*Ibid.*, V, p. 81, janvier.) — Circulaire du préfet de police (17 novembre 1880) relative à la statistique des décès et à l'existence des maladies contagieuses ou épidémiques. (*Ibid.*, V, p. 91, janvier.) — Statistique de la maternité d'Edimbourg, par AL. RUSSEL SIMPSON. (3 morts sur 48 accouchements.) (*Edinb. med. journ.*, p. 1057, juin.)

Strabisme. — Études sur les relations du strabisme avec la réfraction, par WALTHER ISLER. (*Thèse, Zurich*, 1880.) — Recherches cliniques sur le strabisme, par C. SCHWEIGGER. (Berlin.)

Sueur. — Mécanisme de la sécrétion de la sueur, par HANDFIELD JONES. (*Journ. of anat. and phys.*, janvier.) — De la duboisine contre les sueurs

nocturnes des phtisiques, par FRAENTZEL. (*Charité Annalen*, *Bd.* VI, p. 265.)

Suicide. — Le suicide ancien et moderne, par A. LEGOYT. (Paris.) — Les lésions locales du suicide par suspension; par ADOLF LESSER. (*Vierteljahr. für gericht. Medicin. und oeffen. Sanitaet.*, 201, octobre.) — Suicide par pendaison, par HURPY. (*Annales d'hygiène*, p. 359, octobre 1880.) — Exemples rares de mutilations récidivées de soi-même (1° circoncision; 2° ouverture de l'abdomen avec hernie de l'intestin; 3° ouverture du scrotum avec chute du testicule; 4° réouverture de l'abdomen; 5° castration successive des deux testicules) avec guérisons constantes, par THIERSCH. (*Berliner klinische Wochens.*, 13 juin.)— Observations pathologiques sur les meurtriers et les suicidés, par FLESCH. (*Verhandl. der phys. med. Ges. in Würzburg*, 30 janvier 1880.)

Synoviale. — Anatomie des gaines synoviales tendineuses de la main et du poignet et de leur synovite fongueuse, par DUMONT. (*Thèse de Bordeaux*, 3 mai.) — Synovite fongueuse des péroniers latéraux, par BOUILLY. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 juillet.)

Syphilis. — Leçons cliniques sur la syphilis, pathologie et traitement, par N. OTIS. (In-8°, New-York.) — Diagnostic analytique des affections du domaine de la dermatologie et de la syphilidologie avec conseils sur leur thérapeutique, par GUSTAVE WERTHEIM. (Vienne 1880.) — La syphilis et les assurances sur la vie, par MIREUR. (2° édit., *Paris.*) — De la syphilis chez les scrofuleux, par A. LEFÈVRE. (*Thèse de Paris*, n° 320.) — Note sur la propagation de la syphilis par la circoncision des enfants israélites en Pologne, par GUILLAUME LUBELSKI. (*Revue d'hygiène*, p. 577, juillet.) — Nourrice infectée de syphilis par son nourrisson. Responsabilité des parents; demande en dommages-intérêts contre l'Assistance publique; rejet, par GUERRIER. (*Annales d'hygiène*, p. 64, juillet.) — De la prophylaxie des affections vénériennes, par GIBON. (*Ibid.*, p. 283, septembre.) — Étude sur la transmission de la syphilis à Vienne et sur la surveillance exercée dans cette ville contre la prostitution, par DRYSDALE. (*Ibid.*, p. 283, septembre.) — De la prophylaxie de la syphilis, par CUNHA BELLEM. (*Ibid.*, p. 282, septembre.) — Sur la transmissibilité de la syphilis de l'enfant à la mère, par E. APOLANT. (*Berliner klinische Wochens.*, 7 février.) — Pathologie et traitement de la syphilis, par MORIZ KAPOSI, 1re moitié. (Chirurgie allemande de Billroth, 11e livraison.) (Stuttgart.) — La syphilis héréditaire et le rachitis. La syphilis dentaire, par PARROT. (*Progrès médical*, 30 juillet.) — Deux exemples de syphilis héréditaire, par W. LEWIN. (*Berliner klinische Wochens.*, 29 novembre 1880.) — D'une paralysie des membres survenant chez les jeunes enfants atteints de syphilis héréditaire, par HENOCH. (*Berliner klinische Wochens.*, 21 janvier.)— De la syphilis vaginale secondaire, par G. PRIEUR. (*Thèse de Paris*, n° 150.) — De la syphilis utérine secondaire, par J. FOULQUIER. (*Thèse de Paris*, n° 252.) — La syphilis infantile; conseils donnés aux sages-femmes chargées des vaccinations, par FIESSINGER. (In-8°, Épinal.) — Transmission de la syphilis d'une bonne à un enfant et de celui-ci à sa mère, par HENROT (*Union médicale du Nord-Est*, avril.) — Syphilis à début insidieux, par LOBER. (*Bulletin médical du Nord*, mai.) — A propos d'un cas de diagnostic difficile entre l'épithéliome et la syphilis de la lèvre inférieure, par BERG. (*Berliner klinische Wochens.*, 17 janvier.) — Contribution critique à la thérapie et à la pathologie de la syphilis laryngée, par LEWIN. (*Charité Ann.*, t. VI, p. 537.) — La syphilis pulmonaire, par F.-W.-T. PANCRITIUS. (Berlin.) — Contribution à la question de l'ataxie locomotrice syphilitique, par TH. RUMPF. (*Berliner klinische Wochens.*, 5 septembre.) — Syphilis et

ataxie locomotrice, par Gowers. (*Lancet*, 15 janvier.) — Syphilis cérébrale (paralysie de la 3e paire) succédant à un traumatisme céphalique, par Chevalier. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 4, p. 210.) — Les lésions oculaires de la syphilis cérébrale et spinale, par Stedman Bull. (*Amer. Journ. of med. sc.*, p. 382, avril.) — Lésions syphilitiques du rachis, par L. Levot. (*Thèse de Paris*, n° 216.) — De l'iritis syphilitique chez les scrofuleux, par Popp. (*Thèse de Paris*, n° 134.) — Des gommes du sterno-mastoïdien, par Lécuyer. (*Thèse de Paris*, n° 175.) — De la syphilis intestinale chez les enfants, par Juergens. (*Berliner klinische Wochens.*, 22 novembre 1880.) — Pièces anatomiques de syphilis osseuse et viscérale, par Grawitz. (*Berliner klinische Wochens.*, 8 août.) — Cicatrices des syphilides en plaques, par Parrot. (*Gaz. des hôpit.*) — Étude anatomo-pathologique sur deux cas d'orchite syphilitique scléro-gommeuse, par Brissaud. (*Progrès médical*, 27 août.) — Symptômes et diagnostic du testicule syphilitique, par T. Minière. (*Thèse de Paris*, n° 229.) — Note sur la préparation et le titre du peptonate de mercure employé en injections hypodermiques contre la syphilis, par O. Kaspar. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 352, juin.) — Note sur les moyens de conserver intact le titre du peptonate de mercure, par O. Kaspar. (*Ibid.*, p. 617, octobre.) — Le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de bichlorure de mercure, par E. Goetz. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 97, février.) — Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis, par Martineau. (*Union médicale*, 16 juillet.) — De la cautérisation digitale pharyngienne, par Diday. (*Lyon méd.*, 14 août.)

T

Tabac. — Observation d'angine de poitrine causée par le tabagisme, par Graux. (*Union médicale*, 21 août.) — Rapport de l'Académie de médecine au ministre de l'intérieur, relativement à la demande faite par la Société contre l'abus du tabac, à l'effet d'obtenir d'être reconnue comme établissement d'utilité publique, par Gustave Lagneau. (*Annales d'hygiène*, p. 42, juillet.) — De l'abus du tabac dans les écoles considéré sous ses rapports avec l'aptitude au travail, par A. Constan. (*Revue d'hygiène*, I, p. 84, janvier.)

Tact. — Recherches sur le sens du tact par la méthode des pointes : 1° chez les enfants, par Camerer ; 2° chez deux aveugles, par Garttner ; 3° à la jambe dans un cas d'ankylose du genou, par Schimpf. (*Zeitschr. f. Biol.*, Bd. XVII.)

Tænia. — Tænias des lapins de garenne, par Laborde ; remarques de Mégnin. (*Revue d'hygiène*, mars et avril.) — Les échinocoques de l'homme et les tænias du chien, par Jules Arnould. (*Annales d'hygiène*, p. 305, octobre.)

Taille. — Du procédé de Petersen (ballon gonflé dans le rectum pour élever la vessie) dans la taille hypogastrique, par Busch. (*Berliner klinische Woch.*, 22 août.) — Du traitement secondaire de la pierre, opérée par taille médiane, en cas de putridité de l'urine, par B. Riedel. (*Ibid.*, 4 juillet.) — Un cas de pierre par la taille hypogastrique, par Haelssen. (*Ibid.*, 1880.) — Des variations diurnes de la taille, par Merkel. (*Ibid.*, 13 juin.)

Tatouage. — Recherches sur les tatouages, principalement chez les criminels, par A. LACASSAGNE. (*Annales d'hygiène*, V, 289, avril.) — Recherches ethnographiques sur le tatouage considéré au point de vue de sa répartition géographique, par MAGITOT. (*Union méd.*)

Teigne. — Recherches historiques sur le favus et la tricophytie, par BALZER. (*Arch. de méd.*, octobre.) — Un cas de teigne faveuse chez la souris, par MÉGNIN. (*Revue d'hygiène*, p. 54, janvier.) — Exemples de transmission de la trichophytie (herpès tonsurant) du cheval à l'homme dans des régiments d'artillerie, par MÉGNIN et par LARGER. (*Ibid.*, janvier et février.) — Traitement du favus, par HANS WEBER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, septembre 1880.)

Température. — Quelques considérations sur les températures pariétales, a propos d'un cas de phtisie aiguë, par P. OUDIN. (*Thèse de Paris*, n° 375.) — Contribution à la thermographie, par ANDRÉ. (*Thèse de Lyon*, 29 juillet.) — De la température de corps chez les nouveau-nés, par CARL SOMMER. (*Thèse, Berne*, 1880.) — Emploi thérapeutique de la chaleur élevée, par J. HICKMAN. (*Philad. med. and surg. reporter*, n° 42, 1880.)

Tendon. — Rupture du tendon rotulien chez un rhumatisant, par DESPRÈS. (*Gaz. des hôpit.*, 297.) — Section des orteils avec arrachement des tendons extenseurs et fléchisseurs, par TRÉLAT. (*Ibid.*, 28 juin.) — Synovite tendineuse, par NICAISE. (*Ibid.*, 6 octobre.)

Testicule. — De l'inflammation du testicule et de l'épididyme consécutive aux contusions de cet organe, par F. COUTAN. (*Thèse de Paris*, n° 336.) Du retard dans la descente des testicules chez les enfants, par DOURLENS. (*Thèse de Paris*, n° 364.) — De l'atrophie du testicule, par F. MORLOT. (*Thèse de Paris*, n° 301.) — De l'hématocèle intra-testiculaire, par BATON. (*Thèse de Paris*, n° 209.) — De la tuberculose du testicule, par SOCIN. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 août.) — Présentation d'un testicule extirpé pour kyste fistuleux, par DOUTRELEPONT. (*Berliner klinische Woch.*, 29 novembre 1880.) — Gangrène spontanée de testicule; castration, par E. KUESTER. (*Ibid.*, 7 novembre.)

Tétanie. — Un cas de tétanie avec absence du réflexe rotulien, par SCHELTER. (*Berliner klinische Woch.*, 27 juin.) — De la tétanie, par M. WEISS. (*Wolkmann's Sammlung Vorträge*, n° 189, et *Med. chir. Rundschau*, n° 5, 1881.)

Tétanos. — De l'emploi de la fève du Calabar dans le traitement du tétanos, par CHARIER. (*Thèse de Paris*, n° 223.) — De l'utilité des purgatifs dans le tétanos, par ALF. BOON. (*The Practitioner*, décembre 1880.) — Discussion de la société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, sur la cause anatomique du tétanos des nouveau-nés. (*Berliner klinische Woch.*, 27 juin.)

Thérapeutique. — Almanach thérapeutique de G. BECK. (*Berne.*) — Les effets accessoires des médicaments, par L. LEWIN. (*Berlin.*) — Traité de thérapeutique générale publié sous la direction de H. VON ZIEMSSEN. (T. I, 2e et 3e parties.) — Méthodes antipyrétiques et antiphlogistiques, par C. LIEBERMEISTER et TH. JUERGENSEN; application percutanée, intra-cutanée et sous-cutanée des médicaments, par A. EULENBERG. (*Leipzig*, 1880.) — De l'instinct des malades en thérapeutique, par GRUYET. (In-8°, *Paris.*) — Nouvelle forme d'administration des médicaments externes, par W. J. MIELEK. (*Berliner klinische Woch.*, 16 et 23 mai.) — Applications thérapeutiques des onguents et emplâtres fixés sur l'ristane, par P.-G. UNNA.

(*Ibid*, 4 et 11 juillet.) — De l'emploi, comme topique, de l'essence d'eucalyptus, par Bosch. (*Ibid.*, 27 septembre 1880.) — De l'emploi, en thérapeutique, des dihydroxylbenzines (hydroquinone, résorcine, etc.), par Brieger. (*Ibid.*, avril.) — Des effets thérapeutiques des préparations de quebracho, par Adolf Lutz. (*Thése, Berne*, 1880.) — Résultats de l'administration de quebracho dans différentes maladies par Lutz. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — Études préparatoires à l'introduction de la résorcine dans la pratique médicale, par J. Andeer. (*Wurtzbourg*, 1880.) — Traitement de la douleur par les vibrations mécaniques, par Boudet (de Paris.) (*Progrès médical*, 4 février.)

Thorax. — Des tumeurs malignes du médiastin, par H. Aubry. (*Thèse de Paris*, n° 204.) — Sarcome congénital de la paroi thoracique chez un enfant de 9 mois, par H. Maas. (*Berliner klinische Woch.*, 22 novembre 1880.) — Plaie pénétrante du thorax, par S. Stocker. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, juin.)

Thrombose. — Thrombose de plusieurs branches de la veine cave inférieure, avec embolies consécutives dans les artères pulmonaire, splénique, rénale et iliaque droite, par F. Wilh. Zahn. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 227, avril.) — De la formation des thrombus, par F. Wilh. Zahn. (*Ibid.*, I, p. 18, janvier.)

Thyroïde. — Du développement et de l'accroissement du corps thyroïde, par Horcicka. (*Zeitschr. f. Heilk.*, Bd I, p. 133.) — Genèse du thymus, du corps thyroïde et de la glande carotidienne, par Stieda (de Dorpat). (*Berliner klinische Woch.*, 25 octobre 1880.) — De l'influence de la grossesse sur le corps thyroïde, par Plet. (*Thèse de Paris*, n° 271.) — Sur un cas de goître exophtalmique, par Starcke. (*Ibid.*, 17 janvier.) — Maladie de Basedow accompagnée de glycosurie, par Fischer. (*Aertzl. intellig. Bl.*, 1880, *et Med. chir. Rundschau*, n° 8, 1880.) — Inflammation aiguë du lobe droit de la glande thyroïde chez un nouveau-né, par O. Schultz. (*The med Herald, Louisville*, vol II, n° 1, 1880, et *Med. chir. Rundschau*, n° 8, 1880.) — De la thyroïdite aiguë primitive, par Galtier. (*Thèse de Paris*, n° 233.) — Étude sur le goître enflammé et sur le goître suppuré, par Lardiley. (*Thèse de Paris*, n° 173.) — Goître vasculo-kystique traité avec succès par la ponction et l'électrolyse, par Henrot. (*Union médicale, du Nord-Est*, juillet.) — Deux cas de tétanie après extirpation de goîtres, par R. Falkson. (*Berliner klinische Woch.*, 21 mars.) — Trachéotomie dans un cas de goître. Mort par entrée de l'air dans les veines, par Nitsche (de Zeltweg.) (*Ibid.*, 18 octobre 1880.) — Un cas guéri d'extirpation totale d'un goître, par Courvoisier. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 octobre.) — Extirpation totale d'un goître sarcomateux, par E. Schlaepfer. (*Ibid.*, 15 septembre.) — Sarcome primitif à cellules fusiformes du corps thyroïde d'un enfant avec cancer mammaire secondaire, par Demme. (*Ibid.*, 15 avril.) — Des thyrobronchotomies, par Bohuslava Keck. (*Thèse, Zurich*, 1880.)

Torticolis. — Homme de 40 ans atteint de torticolis musculaire, rebelle à l'électricité, par E. Wagner. (*Berliner klinische Woch.*, 18 avril.)

Trachée. — Du cancer de la trachée, par E. Hurstel. (*Thèse de Paris*, n° 244.) — Trachéotomie, laryngotomie et extirpation du larynx, par Mac Schueller. (*Stuttgart* et *Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*. n° 21, p. 687, 1880.) — Fibrosarcome de la partie inférieure de la trachée, trachéotomie, puis ablation de la tumeur, guérison, par Rud.

MEYER-HUENI et KAUFMANN. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er mai.) — Présentation d'un opéré ayant subi la trachéotomie pour l'ablation d'un fibrosarcome de la bifurcation trachéale, par KAUFMANN. (*Ibid.*, 15 novembre 1880.) — Des soins consécutifs à la trachéotomie chez l'enfant, par J. SIMON. (*Gaz. des hôpit.*, 26 juillet.) — Bistouri pour la trachéotomie, par CHEVAT. (*Berliner klinische Woch.*, 18 octobre 1880.) — Trachéotomie exécutée avec succès à l'âge de 9 semaines, par H. STEINMEYER. (*Ibid.*, 4 octobre 1880.) — Deux cas de trachéotomie (ulcération trachéale par compression de la canule; mort par hémorragie durant l'opération), par P. NAECKE. (*Ibid.*, 19 septembre.) — Cas de mycose trachéale, par HERTERICH. (*Bayr. Aerztl. Intell. Bl.*, XXVII, 1880.)

Transfusion. — L'appareil pour transfusion de Ramon Coll y Pujol, par SALVATOR BADIA et NIEDERHAUSER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 mai.) — Un cas de transfusion péritonéale suivant la méthode de Ponfick, par EWALD. (*Berliner klinische Woch.*, 15 novembre 1880.)

Traumatisme. — De la mort rapide par le traumatisme chez les sujets atteints de néoplasmes profonds, par CERNÉ. (*Thèse de Paris*, n° 308.)

Trépan. — Présentation d'un trépané ayant subi l'extraction d'une lame de couteau, par ROSE. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre 1880.) — Exemple de trépanation crânienne suivie de guérison, par VON BERGMANN. (*Berliner klinische Woch.*, 25 avril.)

Trichinose. — L'examen au microscope des viandes trichinées, par SERIZIAT. (*Annales d'hygiène*, V, p. 330, avril.) — Rapport du conseil supérieur belge d'hygiène publique sur la trichinose. (*Ibid.*, juillet.) — De l'infection par les trichines ou trichinoses, et des moyens de la reconnaître, par A. LABOULBÈNE. (*Ibid.*, 401, mai.) — Instruction de la préfecture de police de Paris pour la recherche de la trichine. (*Ibid.*, p. 391.) — Les mesures administratives prises contre la trichinose, par O. DU MESNIL. (*Ibid.*, p. 238, mars.) — Des moyens de prévenir la trichinose, par ENNÈS. (*Ibid.*, septembre.) — Le danger des viandes trichinées, par E. VARLIN. (*Revue d'hygiène*, janvier et février.) — De la résistance des trichines à la chaleur et de la température centrale des viandes préparées, par E. VALLIN. (*Ibid.*, p. 177, mars.) — Du danger d'infection des porcs européens par les viandes trichinées d'Amérique, par F.-A. FOREL. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 200, mars.) — Statistique officielle des porcs trouvés ladres ou trichinés en Prusse, pendant l'année 1880, par H. EULENBERG. (*Vierteljah. für gericht. Medicin und œffent. Sanitaet.*, p. 334, octobre.) — Statistique officielle des porcs ladriques et trichinés en Prusse, pour 1879, par H. EULENBERG. (*Ibid.*, janvier.) — Périodes initiales et terminales de la trichinose, façon dont la mort survient, par RUPPRECHT. (*Ibid.*, XXIII, p. 284.) — Fréquence des trichines chez les porcs abattus à Boston, par BILLINGS. (*Berliner klinische Woch.*, 1er novembre 1880.) — Trichinose du larynx chez deux hommes n'ayant pas quitté la Suisse, par ROTH. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er septembre 1880.)

Tuberculose. — Statistique et anatomie pathologique de la tuberculose, par SIMONDS. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, XXVII, 5 et 6 septembre.) — Question des rapports de la tuberculose avec la phtisie pulmonaire, par J. ORTH. (*Berliner klin. Woch.*, 17 octobre.) — Tuberculose et phtisie pulmonaire, par RUDOLF STANELLI. (Vienne, 1880.) — La tuberculose bovine chez l'homme, par CHARLES CREIGHTON. (*Revue d'hygiène*, 609.) — La tuberculose des animaux se transmet-elle à l'homme par le lait et la viande? par CREIGHTON. (*Annales d'hygiène*, p. 286, septembre.) — Une forme infec-

tieuse de la tuberculose chez l'homme, identique à la tuberculose bovine, par C. Creighton. (*Journal of anat. and physiol.*, vol. XV, octobre 1880 et janvier 1881.) — Du rôle étiologique du traumatisme et de l'hémorragie bronchique dans la tuberculose pulmonaire, par Chaffey. (In-4°, Lyon.) — Des phénomènes dysentériformes, dans le cours de la tuberculose, par Montignac. (*Thèse de Paris*, n° 309.) — Un cas de tuberculose généralisée chez l'enfant, par Henoch. (*Berliner kliniche Woch.*, 10 janvier.) — Tuberculose du rein et de l'uretère chez un enfant de 8 ans, par J. Israel. (*Ibid.*, 19 juillet 1880.) — Tuberculose miliaire aiguë simulant tout à fait la fièvre typhoïde, par H. Senator. (*Ibid.*, 20 juin.) — De la signification des tubercules dans les inflammations fongueuses des os et articulations, par Sonnenburg. (*Ibid.*, 18 avril.) — La tuberculose des articulations, par C. Kaufmann. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 septembre 1880.) — Cas de tuberculose bronchique, par Dutertre. (*Soc. anat.*, 25 février.)

Tumeurs. — Introduction à l'étude des tumeurs, par E. Bomet. (*Thèse de Lyon.*)

Typhoïde (Fièvre).— De la fièvre typhoïde, par Litten et Fritz. (*Charite Annalen*, VI.) — Sur la contagion de la fièvre typhoïde, par Arnould. (*Bulletin médical du Nord*, juillet.) — Rapport au conseil municipal d'Altdorf sur l'épidémie de fièvre typhoïde, par Sonderegger. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 avril.) — Documents sur la fièvre typhoïde en Algérie, par Sorel. (*Union médicale*, 18 septembre.) — Quelques observations sur la fièvre typhoïde dans les pays intertropicaux (Martinique), et ses rapports avec l'impaludisme, par Bonnescuelle de Lespinois. (*Thèse de Paris*, n° 214.) — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les Cévennes, en 1881, par Marrin. (*Thèse de Lyon*, 2 août.) — Étiologie de la fièvre typhoïde dans le canton de Châtel, par Fiessinger. (Broch., Épinal.) — Fièvre typhoïde. Foyer épidémique dans une maison. Analyse de l'eau du puits, par Meunier. (*Union médicale du Nord-Est*, juillet.) — Remarques au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde observée à Genève, au printemps de 1881, par Revillod. (*Revue méd. de la Suisse romande*, septembre.) — Note sur une épidémie de fièvre typhoïde observée au Petit-Saconnex, en octobre et novembre 1880, par A. Pasteur. (*Ibid.*, mars.) — Une épidémie de fièvre typhoïde au Havre, par Gibert. (*Revue d'hygiène*, p. 732, septembre.) — Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Léon Baraduc. (*Ibid.*, p. 27, janvier.) — De l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Réaut (*Thèse de Paris*, n° 181.) — Les complications de la fièvre typhoïde à l'hôpital cantonal de Zurich, de 1874 à 1878, par Wilhelm Ruesli. (*Thèse. Zurich*, 1880.) — Enquête médico-légale sur 4 cas de mort subite, par fièvre typhoïde, chez des enfants à la mamelle, par Vibert. (*Annales d'hygiène*, p. 353, octobre.) — Des variation de la température dans la fièvre typhoïde au moment de l'alimentation, par A. Vignon. (*Thèse de Paris.*) — Des complications dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par Lévêque. (*Ibid.*, n° 136.) — Les organismes pathogénétiques de la fièvre typhoïde, par Eberth. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er juin.) — Deux observations de miliaire bactéridienne dans la fièvre typhoïde, par V. Hanot. (*Revue de médecine*, octobre.) — Méningite aiguë dans le cours d'une fièvre typhoïde, par Raymond. (*Progrès médical*, 1er octobre.) — Sur l'oblitération des troncs artériels dans la fièvre typhoïde, par A. Berthoud. (*Thèse de Paris*, n° 164.) — De la pneumonie lobaire survenant dans le cours de la fièvre typhoïde, par Gallissart de Marignac. (*Thèse de Paris*, n° 266.) — Fièvre typhoïde compliquée de pneumonie, de dysenterie et d'ulcère gastrique

Mort. Autopsie, par COLLINGWOOD. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 366, juin.)— Numération des globules sanguins et dosages de l'hémoglobine dans la fièvre typhoïde, par THÉOD. ZARSTEIN. (*Thèse, Bâle.*) — Fièvre typhoïde mortelle, hémorragies profuses par des ulcérations gangréneuses des grandes lèvres. Présentation des pièces, par SCHMIDT. (*Berliner klinische Woch.*, 28 mars.) — Des hémorragies dans la fièvre typhoïde, étude pathogénique et pronostique, par LECONTE. (*Thèse de Paris*, n° 237.) — De la péritonite dans la fièvre typhoïde, par P. RANQUE. (*Thèse de Paris*, n° 315.) — De la typhlite et de la périty phlite dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde, par GOURONNEC. (*Thèse de Paris*, n° 170.) De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde, par A. VEILLARD. (*Thèse de Paris*, n° 158.) — Sur la forme rénale de fièvre typhoïde décrite par Gubler et Robin, par L. HOMBURGER. (*Berliner klinische Woch.*, 16, 23 et 30 mai.) — De la néphrite dothiénentérique, par CAPITAN et CHARRIN ; revue critique. (*Revue de médecine*, septembre.) — De la diète hydrique dans la fièvre typhoïde, par M. LUTON. (*Journ. de thérap.*, octobre 1880.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine, par J. BLANC. (*Thèse de Paris*, n° 250.) — Du traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, par BARBIER. (*Thèse de Paris*, n° 299.) — Étude de quelques éruptions dans le cours de la fièvre typhoïde, par A. KÉROUMES. (*Thèse de Paris*, n° 350.)

U

Ulcère. — Traitement des ulcères par le sous-carbonate de fer, par ZARTARIAZ. (*Thèse de Paris*, n° 367.) — Traitement de l'ulcère de jambe, par CZARNECKI. (*Allg. med. Centr. Ztg.*, 1880, 47.) — De l'emploi de l'acide pyrogallique dans le traitement des ulcères vénériens, par ANDRIEU. (*Thèse de Paris*, n° 274.)

Urée. — Uréomètre manométrique, par D. MONNIER. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 241, avril.) — Trouble mental dans l'urémie, par BRIEGER. (*Berliner klin. Wochen.*, 9 mai.)

Urètre. — Divers modes de traitement des rétrécissements organiques de l'urètre, par L. JOLY. (*Thèse de Paris*, n° 200.) — Du traitement des rétrécissements de l'urètre, par KAUFMANN. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, 1er novembre.) — De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urètre, par EDOUARD MARTIN. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 102, février.) — De l'électrolyse appliquée au traitement curatif des rétrécissements urétraux, par J. TRIPET. (*Thèse de Paris*, 22 juillet.) — A propos d'un cas de mort survenu 10 heures après l'urétrotomie interne, par VUILLIET. (*Revue méd. de la Suisse romande*, p. 84, janvier.) — Notes sur la dissection d'un cas d'épispadias, par J. ANDERSON. (*Journal of anat. and physiol.*, vol. XV, avril.) — Un cas d'épispadias féminin guéri par une opération, par FROMMEL. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 29 août.)

Urine. — Guide pour l'analyse des urines, par W.-F. LOEBISCH. (2e édition, Vienne.) — Sur la méthode de Fuerbringer pour la recherche du mercure

dans l'urine, par PAUL SCHRIDDE. (*Berliner klinische Wochens.*, 22 août. — L'acide métaphosphorique et son utilité comme réactif de l'albumine dans l'urine, par C. HINDENLANG. (*Ibid.*, 11 avril.) — Expériences sur la sécrétion urinaire, par GRUETZNER. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Du dosage de l'azote dans l'urine, par LUDWIG. (*Stricker's Jahrb.*, *Heft* IV, 1880.) — Chimie comparée de l'urine des mammifères, par IMMANUEL MUNK. (*Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1880, p. 22.) — Méthode de traitement pour certains cas d'incontinence d'urine chez les femmes (dilatation progressive de l'urètre et injections détersives de la vessie), par J. MILNER CHAPMAN. (*Edinb. med. Journ.*, p. 1095, juin.) — De la polyurie chronique essentielle, par G. PRÉAUX. (*Thèse de Paris*, n° 205.)

Urticaire. — Urticaire à la suite d'administration de teinture de pimprenelle, par C. KAUFMANN. (*Berliner klin. Wochens.*, 21 février.)

Utérus. — De la musculature et des contractions de l'utérus, par C. RUGE. (*Berliner klinische Wochens.*, 20 décembre 1880.) — De la néoformation de fibres musculaires lisses dans l'utérus, par HENNIG. (*Ibid.*, 6 septembre 1880.) — Sur les érosions du col utérin, par C. RUGE. (*Ibid.*, 12 septembre.) — Des propriétés caractéristiques des cellules de la membrane caduque, par C. RUGE. (*Ibid.*, 12 septembre.) — Remarques sur l'état du col de l'utérus gravide, par A. MARTIN. (*Ibid.*, 28 mars.) — De la dilatation du col utérin, par HOFMEYER. (*Ibid.*, 29 novembre 1880.) — De la dilatation artificielle du col utérin, par DICK. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er mars.) — Pathologie et traitement des déviations utérines, par B.-S. SCHULTZE. (Berlin.) — De quelques anomalies dans la forme des orifices utérins et de leur influence sur les maladies de l'utérus, par I. LANDOWSKI. (*Journal de thérap.*, octobre 1880.) — Périmétrite et paramétrite, par WALTER GRIFFITH. (*Saint-Barthol. hosp. Rep.*, XVI, p. 285.) — De l'endométrite granulo-fongueuse hémorragique par la cautérisation intra-utérine au cautère actuel, par V. LAMBERT. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De la lacération du col de l'utérus et de l'opération d'Emmet, par GAILLARD THOMAS. (*Ann. de gynécol.*, juin.) — Note sur un cas d'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col de l'utérus, par OLLIVIER. (*Ann. gynécol.*, septembre.) — De l'amputation du col de l'utérus dans la métrite chronique, par LEBLOND. (*Ann. gynécol.*, septembre.) — Inversion chronique complète de l'utérus. Réduction au bout de 16 mois par un tampon spécial, par J. KOCKS. (*Berliner klinische Wochens.*, 15 août.) — Sur 30 cas de rétroversion ou de rétroflexion de l'utérus gravide, par BUNGE. (*Ibid.*, 6 juin.) — Amputation du col utérin. Ouverture du cul-de-sac de Douglas. Pénétration d'air et de sang dans la cavité péritonéale. Guérison, par ALBRECHT. (*Ibid.*, 11 avril.) — Du traitement de l'endométrite chronique par la curette suivie d'injections de perchlorure de fer sans dilatation préalable du col, par A. MARTIN. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — De l'inertie utérine, par THIEDE. (*Ibid.*, 27 septembre 1880.) — Du traitement des inversions utérines irréductibles, par P. WEISGERBER. (*Ibid.*, 13 septembre 1880.) — De la guérison des déviations utérines par la grossesse, par M. PAJOT. (*Bulletin de thérap.*, décembre 1880.) — Traitement de la métrite parenchymateuse par les scarifications du col de l'utérus, par TERRILLON. (*Arch. de tocologie*, janvier et février.) — Sur le tamponnement intra-utérin, par DELORE. (*Arch. de tocologie*, septembre 1880.) — Traitement de la chute de l'utérus, par A. FAUCON. (*Arch. de tocologie*, avril.) — Des procédés opératoires contre le prolapsus utérin, par FERRIÈRE. (*Revue méd. de la Suisse romande*, juillet, août et septembre.) — Du prolapsus de l'utérus et du vagin; leur cure radicale par l'épi-

siorrhaphie, par LEOPOLD. (*Berliner klinische Wochens.*, 22 novembre 1880.) — Femme de 46 ans ayant eu des pelvipéritonites, hémorragies profuses. Coliques utérines, dilatation spontanée du col, issue d'un myome en voie de suppuration. Mort le 6e jour dans le collapsus, par BENICKE. (*Ibid.*, 1er août.) — Présentation d'un fibromyome sous-péritonéal développé de façon à atteindre le volume d'un petit poing, dans l'espace d'un an après une ovariotomie au moment de laquelle on avait constaté l'état normal de l'utérus par MARTIN. (*Ibid.*, 14 mars.) — Des fibromes utérins, par JACUBASCH. (*Charité Annalen*, t. VI, p. 320.) — Fibrome du corps de l'utérus; cancer du col ayant envahi les os du bassin, par TISSIER et ÆTTHINGER. (*Soc. anat.*, 19 mars.) — De la valeur des courants continus dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, par A. PEGOUD. (*Thèse de Paris*, n° 219.) — Des tumeurs fibreuses de l'utérus considérées au moment de l'accouchement, par AMELINE. (*Thèse de Paris*, n° 213.) — Les fibromes utérins sous-péritonéaux, par ERNST BOERNER. (*Volkmann's Sammlung*, n° 202.) — Pièces provenant d'une rupture de l'utérus survenue spontanément vers la fin de la grossesse, par HOFMEIER. (*Berliner klinische Wochens.*, 15 novembre 1880.) — Rupture spontanée incomplète interne de l'utérus, suivie de guérison, par OTTO ALBERTS. (*Ibid.*, 8 novembre 1880.) — Rétrécissement du bassin. Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine. Opération césarienne. Extirpation de l'utérus et des ovaires. Guérison de la mère, enfant vivant, par HALBERTSMA (T.) (*Tijdschrift voor Geneeskunde*, n° 36, p. 549, 1880.) — Sarcome de l'utérus et du vagin chez une enfant de 3 ans, par AHLFELD. (*Berliner klinische Wochens.*, 6 septembre 1880.) — Sarcomes du corps de l'utérus généralisés, par RAYMOND. (*Progrès médical*, 10 septembre.) — Recherches sur le cancer utérin, par VEIT et C. RUGE. (*Berliner klinische Wochens.*, 25 octobre 1880.) — Origine glandulaire du cancer du corps utérin, par VEIT. (*Ibid.*, 10 octobre.) — Indications opératoires tirées du siège du cancer utérin, par CARL RUGE. (*Ibid.*, 25 octobre 1880.) — Le cancer de l'utérus, par C. RUGE et J. VEIT. (Stuttgart.) — Du traitement opératoire du cancer utérin, par TRASPONT. (*Annales de la soc. de Liège*, avril-septembre.)

V

Vaccin. — La théorie des inoculations prophylactiques, par GRAWITZ. (*Berliner klinische Wochens.*, 18 avril.) — La méthode de l'atténuation des virus, par E. VALLIN. (*Revue d'hygiène*, p. 545, juillet.) — Statistique des vaccinations dans la province du Hanovre, pour l'année 1879, par BURGHARD (du Hanovre). (*Vierteljahrsschift für gerichtliche Medicin*, 175, janvier.) — Inoculation involontaire à des vaches par leurs trayeuses du liquide de pustules et de vaccination. Apparition sur le pis de boutons fins, par du cow-pox véritable, par PUCHSTEIN. (*Ibid.*, p. 191, janvier.) — Influence de la vaccination sur la diminution de la variole, par WEHMER. (*Ibid.*, octobre.) — Résultats des vaccinations pratiques en 1880 avec les taureaux à l'Institut municipal de vaccin de Zurich, par H. VON WYSS. (*Schweizerische Blaetter für Gesundheitspfleze*, n° 5.) — Arrêté du gouvernement de Zurich sur la vaccination (12 mars 1881.) (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 avril.) — De la conservation du vaccin animal, par PISSIN. (*Berliner klinische Wochens.*, 31 octobre.) Le vaccin jennérien et le vac-

cin animal. Rapport de la commission de santé au département de l'Intérieur, revu par GUILLAUME. (*Revue médicale de la Suisse romande*, I, p. 25.) — Variole et vaccination dans l'Inde britannique. (*Sanitary Record*, mai 1880.) — Le vaccin humain, comparaison des diverses sources vaccinales humaines, par DARDIGNAC. (Broch., Bordeaux, 1880.) — Plan d'un service de vaccine à la Charité, par CHASSAGNY. (*Lyon méd.*, 30 octobre.) — Sur une modification pratique des tubes à vaccin, par BINEAU. (*Lyon méd.*, 18 septembre.) — Comment s'expliquent l'immunité que confèrent certaines maladies et l'influence préservatrice de la vaccine, par G. STERNBERG. (*Americ. Journ. of med. sc.*, avril.)

Vagin. — Sur les chancres du vagin, par L. GARDILLON. (*Thèse de Paris*, n° 292.) — Thrombus du vagin, par S. STOCKER. (*Correspondenz-Blatt fur schweizer Aerzte*, 1er juillet.) — Tumeur fibreuse du vagin, par MAGAN. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 156, août.) — Sarcomes multiples du vagin et des petites lèvres chez un enfant de 3 ans, par SAENGER. (*Berliner klinische Wochens.*, 6 septembre 1880.) — De la vagino-périnéoplastie, par WILHEM MATHINGER. (*Thèse Bâle*, 1880.) — Des irrigations vaginales chaudes en gynécologie, par F. BENICKE. (*Berliner klinische Wochens.*, 20 juin.)

Vaisseau. — De l'ulcération des gros troncs vasculaires par les abcès, par E. BŒGHEOLD. (*Berliner klinische Wochens.*, 16 août 1880.) — Discussion du travail de Bœgehold sur l'ulcération des gros troncs vasculaires par les abcès froids, SALOMON, E. KUESTER, P. GUETERBOCK. (*Ibid.*, 1er novembre 1880.) Des blessures vasculaires et surtout de la blessure et de la ligature des vaisseaux fémoraux, par H. TILLMANNS. (*Ibid.*, 1er janvier.)

Varice. — Sur quelques troubles trophiques consécutifs aux ulcères variqueux, par A. CLAIS. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Varicocèle et son traitement, par NEBLER. (*Schmidts Jahrbucher*, n° 4.)

Varicelle. — La spécificité de la varicelle, par A. BAADER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, octobre 1880.) — Exemples de varicelle chez des adultes, par LOTZ. (*Ibid.*, 1er novembre.)

Variole. — L'épidémie de variole dans le canton de Neuchâtel en 1880. Rapport de la commission de santé, par GUILLAUME. (Neuchâtel.) — L'épidémie variolique de Bienne. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 mai.) — L'épidémie de variole du district de Schwitz (1879-1880), par BETTSCART. (*Ibid.*, 1er décembre 1880.) — Mortalité par la variole en Belgique (1870-1878. (*Ibid.*, 1er juin.) — Le navire-hôpital *L'Atlas* pour varioleux, à Londres, par E. VALLIN. (*Revue d'hygiène*, p. 645, août.) — Les varioleux en wagon, par E. VALLIN. (*Ibid.*, février.) — Les hôpitaux de varioleux à Londres, par E. VALLIN. (*Ibid.*, 273, avril.) — Propagation de la variole au voisinage des hôpitaux spéciaux, par TRIPE. (*Ibid.*, 766, septembre.) — Épidémie de variole importée par des saltimbanques forains, par GRANJUX. (*Ibid.*, p. 738, septembre.) — De la variole du cheval (horse-pox), par J. PHILIPPE. Rouen, 1880. (*Ibid.*, p. 248, mars.) — Discussion de la Société de médecine publique sur l'épidémie de variole des Esquimaux. (*Ibid.*, p. 145, février.) — L'épidémie de variole des Esquimaux, par LÉON COLIN. (*Annales d'hygiène*, V, p. 225, mars.) — La variole, la vaccination et la revaccination dans l'armée, par LEGOUEST. (*Ibid.*, p. 326, avril.) Épidémie variolique du quartier de la Roquette, par GUST. LAGNEAU. (*Ibid.*, p. 30, janv.) — Étude statistique et clinique de 246 cas de variole observés à l'hôpital cantonal de Genève pendant les années 1878-1880, par LONG. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 151 et 205, mars et avril.)

Veine. — Des dilatations ampullaires de la saphène à son embouchure, par

G. Forgeron. (*Thèse de Paris*, n° 362.) — Contribution à l'étude de l'état du système veineux dans les conditions normales et pathologiques, par Franz Riegel (*Berliner klinische Wochens.*, 2 mai.) — Ligature et résection des grosses veines dans la continuité, revue par Bœkel. (*Revue de chirurgie* p. 119, février.)

Vessie. — Résultats de l'étude microscopique de la muqueuse vésicale au point de vue de la propriété d'absorption, par London. (*Berliner klinische Wochens.*, 30 mai.)—Sur le parasitisme vésical, par Tourenon. (*Thèse de Paris*, n° 194.)—De la systocèle inguinale, par De la Barrière. (*Thèse de Paris*, n° 103.) — A propos de la ponction vésicale, par Bœing. (*Berliner klin. Wochens.*, 2 août 1880.) — Un cas de ponction vésicale après suture préalable de la vessie à la paroi abdominale, par Raetzell. (*Ibid.*, 2 août 1880.) Du lavage de la vessie, par Adolf Fisher. (*Ibid.*, 29 novembre 1880.) — De la ponction vésicale, par Dittel. (*Stricker's med. Jahrb. Heft*, IV, p. 429, 1880.) — Du drainage de la vessie après l'opération de la pierre et surtout après la taille hypogastrique, par F. Trendelenburg. (*Ibid.*, 3 janvier.) — Carcinome vésical, par E. Kuester. (*Ibid.*, 7 novembre.) — Nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'exstrophie vésicale au moyen de l'extirpation de la vessie, par E. Sonnenburg. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Résultats d'expériences sur l'extirpation de la vessie et de la prostate chez des chiens, par Gluck. (*Ibid.*, 6 juin.) — Du traitement secondaire des uretères après l'extirpation de la vessie, par Th. Gluck et A. Zell. (*Ibid.*, 31 octobre.) — Valvule du col de la vessie ; cavité profonde située entre cette valvule et la prostate au-dessous du niveau du canal urétral, par Guiard. (*Soc. anat.*, 25 mars.) — Cancer encéphaloïde de la vessie ; néphrite parenchymateuse, mort, par Brossard et Permel. (*Soc. anat.*, 25 février.) — Hernie de la vessie (cystocèle inguinale). Mort. Autopsie, par Duplay et de Larabrie. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Viande. — L'examen microscopique de la viande, par F.-W. Rueffert. (Leipzig, 1880.) — Des affections typhoïdiques causées par les viandes, par Oscar Wyss. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 mars.)

Vin. — Étude chimique sur les vins plâtrés, par Chapuis. (*Lyon méd.*, 10 juillet.) — Le plâtrage des vins, par Ch. Girard. (*Annales d'hygiène*, p. 5, juillet.)

Vision. — Sur le champ visuel et ses anomalies dans quelques affections oculaires, par Mouly. (*Thèse de Paris*, n° 168.) — La théorie de la vision et les sens suivant Aristote, par Mich. A. Issigonis. (*Thèse*, Bâle, 1880.) — Examen de la vision du personnel des chemins de fer en France et en Belgique, par De Keers Maecker. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 4, p. 193.)

Vitiligo. — Contribution à la pathogénie de l'albinisme partiel acquis (vitiligo), par P. Næcke. (*Berliner klinische Wochens.*, 5 septembre.)

Vomissement. — Influence de l'imagination dans un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, par H. Ottramare. (*Revue méd. de la Suisse romande*, I, p. 371, juin.) — Vomissements opiniâtres chez une femme enceinte traités par la méthode de Copeman. Expulsion d'une môle charnue au bout de 6 mois 1/2, par Stocker. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 août.)

Vulve. — Note sur l'hypertrophie ou éléphantiasis des grandes lèvres, par Léon Labbé. (*Ann. de gynéc.*, octobre 1880.)—Abcès des glandes vulvo-vaginales et

fistule vulvo-rectale, par Tom. de Amicis. (*Giorn. internaz. del. scienze med.*, 11, 1880.) — Atrésie congénitale de l'hymen avec hématocèle vaginale, par Custer-Schirmer. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er août 1880.) — Observations de tumeurs des parties génitales externes de la femme, par C.-J. Mueller. (*Berliner klinische Wochens.*, 1er août.) — Contribution à l'épisiorrhaphie, par A. Martin. (*Ibid.*, 15 et 22 novembre 1880.)

X

Xanthélasma. — Exemple de xanthélasma lié à une affection hépatique, par E. Hertzka. (*Berliner klin. Wochens.*)

Z

Zona. — Zona ophtalmique suivi de perforation cornéenne, par Hirschberg (*Berliner klinische Wochens.*, 22 mars 1880.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

du 15 octobre 1881 au 15 janvier 1882.

Librairie **Adrien Delahaye** et **Émile Lecrosnier**, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Deuxième édition, revue et augmentée, avec figures intercalées dans le texte et 8 planches en chromolithographie. — Prix : 21 francs ; cartonné : 22 francs.

Formulaire thérapeutique à l'usage des praticiens, contenant les notions et les formules relatives à l'emploi des médicaments, de l'électricité, des eaux minérales, de l'hydrothérapie, des climats et du régime, par J.-B. Fonssagrives, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Un vol. petit in-18. — Prix : 4 francs; cartonné : 4 fr. 50.

Contribution à l'étude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales, par le Dr Bruchet. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphtéritique et dans la scarlatine, par le Dr Arene. In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Étude clinique de l'accouchement prématuré accidentel; suivi de recherches historiques et cliniques sur l'accouchement prématuré artificiel à Lyon, par le Dr Vayssettes. In-8°. — Prix: 2 fr. 50.

De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique, par le Dr Brun. In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Notices biographiques sur les médaillons de la nouvelle École supérieure de pharmacie de Paris, par E. Dupuy, pharmacien de 1re classe, etc. — Prix: 2 francs.

De la mensuration théorique et pratique du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue obstétrical et d'un pelvimètre direct arc tangent au pubis, par le Dr Crouzat. In-fol., avec une planche. — Prix : 2 francs.

Rapport sur les eaux thermales d'Aix (en Savoie) pendant l'année 1880. Établissement thermal ; considérations pratiques sur le mode d'emploi et sur l'action des eaux d'Aix et de Marlioz, par le Dr Blanc. In-8° avec 2 planches. — Prix : 1 fr. 50.

Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur, par le Dr Garel, in-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Feuilles d'autopsie pour l'étude des localisations cérébrales, hospice de la Salpêtrière, M. le professeur Charcot, par le Dr P. Richer. 2e édition avec 16 figures. — Prix : 0 fr. 75.

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année 1880-1881. 35e année, par le Dr Paul Fabre, In-8°. — Prix : 3 francs.

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par le Dr J.-B. Hillairet, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Un fort volume grand in-8° de 800 pages, avec figures dans le texte et 16 planches en couleur hors texte. L'ouvrage sera publié en 4 fascicules. Le

1er fascicule en vente : 1 volume in-8° de 227 pages, avec 17 figures dans le texte. — Prix : 5 francs.

Manuel de zootomie. Guide pratique pour la dissection des animaux vertébrés et invertébrés à l'usage des Etudiants en médecine, des Elèves des Ecoles vétérinaires et des Elèves qui préparent la licence ès sciences naturelles, par August Mojsisovics Edlen von Mojsvar, Privat-Docent de Zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Graz, traduit de l'allemand et annoté par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle, chargé du cours de zoologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°, avec 158 figures dans le texte. — Prix : 9 francs.

De l'état du cœur droit dans la phtisie pulmonaire, par le Dr John-Goodman Marucheau. 1 vol. in-8° de 94 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Manuel pratique et complet des maladies vénériennes, par le Dr Rizat. 1 vol. in-18, cartonné, de 600 pages, avec 24 planches en couleur, dessinées et coloriées d'après nature, représentant les différentes affections chez l'homme et chez la femme. — Prix : 11 francs.

L'électricité statique et l'hystérie. Mémoire précédé d'une lettre à M. le professeur Charcot, par le Dr Arthuis. 1 vol. in-8° de 72 pages, avec figures. — Prix : 2 francs.

Du traitement du décollement rétinien par le nitrate de pilocarpine, par le Dr Marie Josso. 1 vol. in-8° de 60 pages, avec figures. — Prix : 2 fr. 50.

Étude sur le goitre emflammé et sur le goitre suppuré, par le Dr Lardilley, ancien avocat à la Cour d'appel de Paris. 1 vol. in-8° de 63 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Étude sur la doctrine de Darwin. — La lutte pour l'existence et l'association pour la lutte, par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 80 pages. — Prix : 1 fr. 50.

De l'embryologie et de la classification des animaux, par E. Ray-Lankester, professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'*University College* de Londres. Traduction française d'un mémoire publié en anglais dans le *Quarterly microscopical Journal,* 1877. Un vol. in-18 jésus de 107 pages, avec 37 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50.

L'examen de la vision, au point de vue de la médecine générale, par le Dr Aug. Charpentier, professeur à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-18 jésus de 137 pages, avec 15 figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

De la métallothérapie, son histoire, ses origines et les procédés thérapeutiques qui en dérivent, par le Dr Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 140 pages. — Prix : 2 francs.

Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la cicatrisation des parois intestinales après la ponction par le trocart capillaire, par le Dr Émile Vogt, médecin diplômé de la Confédération suisse, ancien assistant d'anatomie pathologique à l'Université de Genève. 1 vol in-8° de 58 pages, avec 2 planches hors texte. — Prix : 2 francs.

Librairie **J.-B. Baillière et Fils**, 19, rue Hautefeuille.

Études de thérapeutique générale et spéciale avec application aux maladies les plus usuelles, par le Dr A. Luton, directeur de l'Ecole de médecine de Reims. Paris, 1882, in-8° de 472 pages. — Prix : 6 francs.

Étude du processus historique des néphrites, par le Dr Ch. Hortoles, interne des hôpitaux de Lyon. Paris, 1881, grand in-8° de 182 pages, avec figures et 5 planches coloriées. — Prix : 6 francs.

Des épanchements intra-craniens consécutifs aux traumatismes, par le Dr Gé-

rard MARCHANT, ancien interne de l'asile public d'aliénés de Toulouse. Paris. 1881, in-8°, 205 pages. — Prix : 4 fr. 50.

Librairie **Alexandre Coccoz**, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Description d'une nouvelle pile médicale (Pile tubulaire portative à courant constant), suivie d'un exposé pratique des notions utiles à connaître pour l'évaluation et le dosage des courants employés, par J. SEURE (de Saint-Germain-en-Laye). In-8°, 1881. — Prix : 0 fr. 75.

Bureaux de la Société de géographie, Paris.

Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale, rédigé, au nom d'une commission de la Société de médecine pratique de Paris, par MM. Ad. NICOLAS, LACAZE et SIGNOL, et publié par la Société de géographie et de la Société de médecine pratique de Paris, avec le concours des sociétés de géographie de Lyon, Marseille, Bordeaux, Montpellier, Nancy, Rouen, Rochefort et Douai.

Librairie **G. Gounouilhou**, Bordeaux.

Le vaccin humain ; comparaison des diverses sources vaccinales humaines, par le Dr DARDIGNAC.

Contribution à l'histoire des maladies du soldat dans ses garnisons, par DARDIGNAC, avec 6 planches.

Librairie **Manceaux**, Bruxelles.

De l'hystéro-trachélorraphie ou opération d'Emmet, par le Dr WALTON. in-8°.

Librairie **Coulet**, à Montpellier.

Émétine et atropine ; action isolée et comparée de ces deux substances sur la fréquence des battements cardiaques chez la grenouille, par J. GRASSET et A. AMBLARD, broch.

Librairie **Churchill**, Londres.

The prevention of stricture and of prostatic obstruction, by R. HARRISON.

Librairie **Putnam**, New-York.

Stricture of the male urethra, its radical cure, by N. OTIS, in-8°. 2e édition.

Librairie **Fred. Nagel**, à Stettin.

Eutwurf zu einer Friedens-Sanitatsordnung für das preussische Heer, par le Dr ZIEGEL.

Librairie **Urban et Schwarzenberg**, Vienne.

Geschichte und Sanitätsstatistik der Occupation Bosniens und von der Hercegowina, par Paul MYRDACZ.

Librairie **Vallardi**, Naples.

Gli alcaloidi della china-china, note riassuntive, pel Dott. CHIRONE.

Librairie **Schiavi**, Plaisance.

Ricerche sperimentali sull'azione tossica del cloruro di sodio, pel Dott V. CHIRONE e pel Dott. B. TESTA.

Librairie **Loescher**, Turin.

Varieta delle circonvoluzioni cerebrali dell' uomo, per C. GIACOMINI. Brochure.

Tipografia Celanza, Turin.

Nuovi appunti intorno alla malattia dei minatori del Gottardo, pel Dr E. PARONA.

Librairie **Morselli**, Turin.

La durata dei processi psichici elementari, par Gabriele BUCCOLA.

Librairie **Ramirez**, Barcelone.

Mecanismo de la circulacion arterial y capilar, par Ramon TURRO, in-12.

Librairie **Abienzo**, Madrid.

Manual del practicante de sanidad dela armada obra de suma utilidad para los de la marina marcante, hospitales, etc., par Don Emilio RUIZ y SANROMAN.

Imprimerie centrale, Stockholm.

Arsberättelse fran Sabbatsbergs Sjnkhus i Stockholm för 1879 et 1880, par le Dr F.-W. WARFVINGE, 2 fasc. in-8°.

Librairie **Nymans**, Stockholm.

Om typhus exanthematicus, afhandling grundad på egen erfarenhet jemförd met andras, af Dr W. WARFVINGE.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Société d'imprimerie et librairie PAUL DUPONT, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 1.1.82.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Nouvelles recherches sur la topographie crânio-cérébrale, par Ch. FÉRÉ (*Revue d'anthropologie*, 3e *fasc.*, 1881).

L'auteur a condensé dans un intéressant mémoire le résultat des recherches auxquelles il vient de se livrer et celui des recherches faites parallèlement par Broca et laissées inachevées par le maître.

La détermination du bregma céphalométrique, telle qu'elle se pratique sur le vivant à l'aide de l'équerre flexible de Broca, ne permet pas d'obtenir avec certitude la situation du bregma crâniométrique. Pour corriger le plus possible les effets de causes d'erreur qui peuvent amener un écart de 3 centimètres entre les deux points indiqués, Féré conseille de reporter d'un centimètre en arrière la position du bregma céphalométrique obtenue par le procédé de l'équerre flexible. Ce n'est qu'à ce prix qu'on pourra espérer de fixer les rapports des circonvolutions cérébrales sur le vivant, rapports dont la connaissance importe quelquefois au chirurgien.

L'auteur a remarqué que, chez le très jeune enfant, le bregma est situé beaucoup plus en avant qu'il ne l'est ultérieurement. Il a constaté un défaut de parallélisme assez marqué dans le développement des divers os du crâne. Le temporal est relativement moins développé chez l'enfant; en tenant compte de cette particularité, on arrive à se convaincre que la position de la scissure de Sylvius ne diffère que très peu chez l'enfant et chez l'adulte.

On sait qu'à la région postérieure de la tête se trouve le tourbillon des cheveux, espèce de centre d'où partent les lignes suivant lesquelles les cheveux s'enroulent, en s'inclinant dans une certaine direction. La situation de ce point n'est pas fixe, et loin d'être habituellement situé sur la ligne médiane, il se trouve le plus souvent un peu à droite, quelquefois à gauche de la ligne médiane. On a vu des sujets porteurs d'un

double tourbillon disposé symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. Les recherches de l'auteur l'amènent à admettre qu'à une certaine époque du développement, le tourbillon des cheveux et l'*obélion* coïncident; « ils paraissent correspondre à l'extrémité antérieure du sillon dorsal où il se forme une sorte d'ombilic dorsal antérieur, analogue de l'ombilic dorsal postérieur, qui correspond à l'extrémité postérieure du sillon dorsal, se traduisant souvent par une fossette apparente vers le sommet du sacrum ou par un tourbillon de poils. »

L'auteur rapproche le fait du retard du développement des os à la région obéliale de la soudure précoce de la suture sagittale à ce niveau et de la localisation à son voisinage de l'atrophie sénile symétrique des pariétaux qui prédomine à droite. Il rappelle que cette région est le siège, surtout à droite, du céphalœmatome, dont la production lui semble liée, dans la plupart des cas, au mode d'évolution de l'os. G. KUHFF.

Mensuration des aires du crâne et de la face par un procédé nouveau ; relation entre ces aires, par BEAUMANOIR (*Soc. d'anthropologie de Paris*, 5 *août* 1881).

Pour mesurer avec une rigueur parfaite les aires du crâne et de la face, l'auteur a pratiqué sur le crâne sec une section antéro-postérieure, bien exactement dans le plan médian, sans y comprendre le maxillaire inférieur, qui n'entre pas habituellement en ligne de compte dans la mensuration de ces aires. Appliquant ensuite à plat, par son plan médian, l'une des moitiés ainsi séparées, sur une feuille de zinc laminé bien homogène et d'épaisseur partout égale, l'auteur en a suivi les contours à l'aide d'un stylet tenu bien verticalement et a obtenu ainsi la projection verticale de la section médiane de la tête, crâne et face. Pour obtenir des patrons reproduisant isolément les aires crânienne et faciale, il a suffi de marquer sur le premier tracé deux points de repère correspondant l'une au niveau de l'épine nasale antéro-supérieure, l'autre au niveau de la suture sphéno-vomérienne, puis de faire coïncider avec ces deux points de repère les extrémités correspondantes d'un fil métallique auquel on a fait préalablement suivre les inflexions de la ligne qui sépare, sur la section osseuse, le crâne de la face et de marquer ces inflexions sur la feuille de zinc à l'aide du stylet.

Ayant ensuite découpé les patrons ainsi tracés, l'auteur les a pesés, après avoir déterminé le poids d'un étalon de la grandeur d'un centimètre carré préalablement taillé dans la feuille de zinc, il a pu déterminer avec une précision jusqu'ici inconnue le rapport de l'aire de la face à l'aire du crâne, se trouvant comme 1 est à 4,40 dans cette expérience. L'auteur s'empresse de faire remarquer qu'il n'a opéré que sur une seule tête, et que ce rapport peut être sujet à varier.

Il est plus difficile de mesurer l'*aire intérieure* du crâne, mais encore y arrive-t-on en prenant l'empreinte de la section médiane de la tête sur une couche de cire à modeler, puis en reproduisant cette empreinte sur une feuille de zinc laminé ; le reste comme plus haut. On peut aussi pratiquer une fenêtre à la région latérale du crâne, fenêtre qui sert à suivre avec un stylet le contour du crâne en rasant sa paroi interne, de manière à tracer ce contour sur la feuille de zinc, etc. L'auteur a trouvé

que le rapport des aires crâniennes, intérieure et faciale, est comme 3, 11 est à 1.

Ces procédés sont aussi simples que possible, et ont l'avantage de l'exactitude sur les procédés de Camper, de G. Saint-Hilaire, de Jacquart, de Segond, qui exigent l'emploi d'instruments spéciaux, reposent sur des mesures angulaires et ne conduisent qu'à des résultats approximatifs. G. KUHFF.

La torsion de l'humérus et le tropomètre, par P. BROCA (*Revue d'anthropologie, fasc.* 2, 3 *et* 4, 1881).

Nous avons déjà eu occasion d'exposer aux lecteurs de la *Revue* les résultats des travaux de Ch. Martins, de Welcker, de Gegenbauer, de Broca sur la torsion de l'humérus. C'est là une question d'anthropologie zoologique dont la solution importe à la philosophie anatomique, pour le parallèle des membres supérieurs et inférieurs.

Broca, voulant épuiser cette question en tenant compte des variations quelquefois étendues que présente tout caractère morphologique dans la même espèce, dans la même race, résolut de rassembler des faits assez nombreux pour pouvoir déterminer des moyennes et les écarts individuels dont l'étude s'impose. Pour mesurer *l'angle de torsion*, c'est-à-dire l'angle dièdre que font entre eux le plan vertical passant par l'axe de l'articulation du coude, et celui qui passe par la ligne méridienne de la tête humérale, lorsque l'humérus est vertical, il imagina un *tropomètre* instrument destiné en même temps à orienter l'humérus suivant une verticale. Il étendit ses recherches à l'anatomie comparée. La mort ne lui permit pas de tirer les conclusions des nombreux documents qu'il avait réuni. M. Manouvrier, qui l'avait assisté dans ses recherches, a coordonné les résultats de ses mensurations. Nous résumerons ici quelques-unes des propositions qu'il est arrivé à formuler.

1° La torsion de l'humérus atteint son maximum dans l'espèce humaine, les nègres étant intermédiaires, sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, entre les races humaines supérieures et les anthropoïdes.

2° Il existe une transition insensible entre l'angle de torsion des grands anthropoïdes et celui de l'homme.

3° La torsion de l'humérus ne paraît pas différer beaucoup dans les divers ordres de mammifères et les primates. De plus, la transition entre les singes quadrupèdes et les carnassiers paraît se faire d'une manière insensible.

4° C'est chez les Européens que l'angle de torsion est le plus considérable; il est moins grand chez les Européens des temps préhistoriques que chez les Européens modernes.

5° L'angle de torsion de l'humérus était plus grand chez les races préhistoriques de la France que chez les races inférieures actuelles.

6° Dans presque toutes les séries, l'humérus gauche est plus tordu que le droit, différence moins prononcée chez les Européens modernes.

7° L'angle de torsion subit des variations très considérables dans une même race, soit que l'on considère des humérus de même côté, soit que l'on considère l'humérus droit et l'humérus gauche d'un même individu.

8° La torsion de l'humérus est, en moyenne, plus grande chez la femme que chez l'homme.

9° La torsion de l'humérus est moins prononcée chez les enfants que chez les adultes. Cette torsion augmente avec les progrès de l'âge, ce qui prouve qu'elle est réelle ; mais comme elle est déjà considérable chez le nouveau-né, « on est conduit à se demander s'il n'y a pas une période de la vie pendant laquelle elle est seulement virtuelle. Il y aurait ainsi un certain degré de torsion produit par l'hérédité seule indépendamment des causes mécaniques qui ont produit la torsion chez les ancêtres et qui la complèteront pendant l'accroissement chez l'individu. »

Quant à l'interprétation philosophique de la torsion de l'humérus et du fémur, Broca a dit : « S'il est plus commode de prendre le fémur pour terme de comparaison et de considérer l'humérus comme un fémur modifié, il serait plus vrai de les rapporter l'un et l'autre à un type commun, modifié pour s'adapter respectivement aux fonctions du membre thoracique et du membre abdominal. » G. KUHFF.

De la platycnémie dans les races humaines, par G. KUHFF (*Revue d'anthropologie, 2e fasc.*, 1881).

L'aplatissement transversal du tibia dans ses deux tiers supérieurs, avec transformation de la face postérieure de l'os en un bord plus ou moins arrondi, constitue la *platycnémie*, disposition normale dans certaines races éteintes et qui se rencontre encore aujourd'hui chez les nègres. L'auteur propose d'appeler *eurycnémie* la disposition opposée, caractérisée par l'élargissement relatif de l'os et liée à un fort développement des muscles de la jambe. A. C.

On tertiary occipital condyl, par W. ALLEN (*Journ. of Anat. and Phys., octobre* 1880).

L'auteur a étudié les crânes d'une femme et d'un homme adultes et d'un fœtus de cinq mois qui présentaient un troisième condyle occipital plus ou moins développé. Pour lui, ce troisième condyle, qui ne se montre qu'accidentellement chez l'homme, correspond à la surface intervertébrale du centre vertébral, et est le représentant morphologique de l'élément central du condyle unique des oiseaux et des reptiles.

La surface articulaire anormale s'accompagne d'un grand développement de l'apophyse odontoïde, et ne résulte pas d'une modification primitive du crâne. Le développement exagéré de l'apophyse odontoïde est dû à une diminution de la pression à la surface de cette apophyse, dans les premiers temps de sa formation, la tête du fœtus étant restée longtemps en extension forcée dans l'utérus. F. H.

Die Mikrotomie des frischen Gehirns (Microtomie du cerveau à l'état frais), par G. BURKHARDT (*Centralbl. f. d. med. Wiss., n° 29*, 1881).

Le cerveau frais, dépouillé de la pie-mère, est placé dans une masse hectographique liquéfiée par la chaleur (la composition de cette masse

est la suivante : gélatine pure 15, eau distillée 500, glycérine pure 1000 grammes); le tout est maintenu pendant 2 à 3 heures, au bain-marie, à la température de 40° à 50°. Le cerveau, plus léger, flotte, la base en haut. Quand l'imprégnation est complète, on porte le vase qui contient le cerveau et le liquide sous la machine pneumatique. Quand le manomètre marque environ 50 centièmes, la masse fluide entre en ébullition et bouillonne au-dessus du cerveau. Après un quart d'heure ou une demi-heure, on ferme la machine et on laisse refroidir pendant 6 à 7 heures. Alors, on verse de la masse chaude sur le cerveau qui, après refroidissement, est tout entier compris dans la masse gélatineuse. Le tout est placé dans le grand microtome de Gudden et on fait sous l'eau des coupes qui ont environ 2 millimètres d'épaisseur. Il est possible, avec certaines précautions, d'obtenir des coupes beaucoup plus fines (1/4 ou 1/8 de millimètre) que l'on peut colorer au carmin et examiner dans la glycérine. G. HOMOLLE.

La capsule interne et la couronne rayonnante d'après la cérébrotomie méthodique, par BITOT (*Arch. de neurologie, nos 4 et 5*, 1881).

Au moyen de coupes frontales et transversales, pratiquées méthodiquement, comprenant des tranches d'un centimètre d'épaisseur, dans la moitié antérieure du mésolobe, c'est-à-dire, dans une étendue de 35 millimètres entre le genou du corps calleux et l'extrémité antérieure de la couche optique, l'auteur s'est assuré que la forme de la capsule interne est celle d'un S italique ou d'une clavicule. En raison des rapports qu'affecte cette bandelette, dans les coupes frontales, avec les noyaux, il propose de la diviser, d'avant en arrière en quatre portions :

1° Une portion caudale :
2° Une portion lenticulo-caudale ;
3° Une portion optico-lenticulo-caudale ;
4° Une portion optico-caudale ;

Le second chapitre de cette étude anatomique a pour objet une description minutieuse de la couronne rayonnante, quant au trajet de ces expansions capsulaires : 1° dans le groupe antérieur ou frontal ; 2° dans la portion moyenne ou pariéto-sphénoïdale ; 3° dans la partie postérieure ou occipitale. Ces recherches ont amené Bitot à envisager la couronne rayonnante non pas comme formée par une infinité de rayons rectilignes reliant toute la surface du manteau aux ganglions de la base et à la capsule, ainsi que le veut l'opinion générale, mais bien comme le prolongement, sauf les fibres de Gratiolet, des faisceaux capsulaires, continus, eux-mêmes, à ceux de l'étage supérieur du pédoncule cérébral.

La cérébrotomie méthodique appliquée à l'étude de la constitution du centre ovale, perme tencore, d'après l'auteur, de distinguer un autre faisceau d'association, outre les cinq faisceaux admis par Meynert et Huguenin : c'est le système d'association verticale ; sa destination serait de mettre en rapport la partie antérieure du lobule paracentral et la partie externe du lobule temporal. PAUL GARNIER.

Note sur l'entrecroisement sensitif du bulbe, par DEJOVE et GOMBAULT (*Arch. de neurologie, n° 1, 1880*).

Contrairement à l'opinion généralement admise, et d'après laquelle les fibres sensitives du bulbe s'entrecroiseraient, sans se confondre avec les fibres motrices, les auteurs, grâce à une circonstance anatomo-pathologique spéciale, — lésion produite par une sclérose latérale amyotrophique, — ont pu reconnaître que la plus grande partie des fibres sensitives, après s'être entrecroisées, se mélangent ou logent intimement avec les fibres motrices des pyramides. PAUL GARNIER.

Ueber das Rückenmarkssegment, ein Beitrag zur Morphologie und Histologie des Rückenmarks (Du segment de la moelle épinière, contribution à la morphologie et à l'histologie de la moelle épinière), par C. LUDERITZ (*Arch. f. Anat. u. Phys.; Anat.-Abth., Heft* 6, 1881).

La moelle de l'homme adulte, de l'enfant ou du fœtus, dépouillée de ses enveloppes et des racines nerveuses, ne présente pas de renflements segmentaires. On ne trouve, à l'extérieur, de division segmentaire qu'au niveau des points où se détachent les quatre séries de racines nerveuses séparées par des intervalles de dimensions inégales, plus considérables en arrière au niveau des racines postérieures qu'en avant, et plus considérables aussi à la partie moyenne et à la partie inférieure de la moelle dorsale que sur les autres régions.

Au niveau de ces portions de la moelle dorsale, qui sont comprises entre deux racines de nerfs rachidiens, la substance grise est moins abondante, les cornes antérieures et postérieures sont légèrement rétrécies, fait probablement en rapport avec le petit nombre des fibres radiculaires afférentes.

En comparant entre eux les différents segments médullaires, on trouve qu'ils sont de longueur inégale ; ces différences tiennent à un accroissement inégal de la moelle pendant la période embryonnaire : le renflement cervical, le renflement lombaire surtout, s'allongent beaucoup moins que la moelle de la région dorsale, qui seule suit de près la colonne dorsale dans son évolution.

Cet accroissement inégal a pour conséquences : 1° la différence dans l'étendue de la moelle et du canal rachidien qui la contient ; 2° une différence dans la répartition de la substance grise qui est condensée, comme tassée au niveau des renflements et, au contraire, éparpillée dans les segments allongés, dispositions qui se traduisent par les dimensions et les rapports qu'affectent, dans ces régions, les cellules des cornes antérieures. ASSAKY.

Einige Beiträge zur Histologie und Histochemie der Chorda dorsalis (Contributions à l'histologie et à l'histochimie de la corde dorsale), par G. RETZIUS (*Arch. f. Anat. u. Phys.; Anat. Abth., Heft* 2 *et* 3, 1881).

Le tissu de la corde dorsale ne contient pas de chondrine ; les réactions chimiques montrent, au contraire, que la substance fondamentale est riche en albumine.

La gaine de la corde du petromyzon subit, sous l'influence des acides et des alcalis, un gonflement pareil à celui que donnent les tissus collagènes; elle est dissoute par la trypsine.

La membrane limitante externe est de nature élastique. ASSAKY.

Beiträge zur vergleichenden Morphogenesis des centralen Nervensystems der Wirbelthiere (Morphogénèse comparée du système nerveux central des vertébrés), par L. LŒWE (*Schenk's embryol. Mitt. Wien., II*, 3, *p.* 1, 1880 et *Centralbl. f. d. med. Wiss.*, *n°* 8, 1881).

Le système nerveux central (cerveau et moelle) présente la forme fondamentale de la coupe du canal central primitif : un segment antérieur ou ventral, qui est grêle, en forme de fente, une dilatation moyenne et un diverticule dorsal.

Ce type fondamental se retrouve partout, mais modifié de façon très diverses. L'examen a porté sur la torpille, la truite, le crapaud cendré, des embryons d'oiseaux et de mammifères, mais non sur les reptiles. L'auteur a fait porter également ses comparaisons sur la coupe transversale du cordon ventral des annélides, d'après les recherches de Hatschek : on y retrouve un cordon allongé du côté ventral et un espace à peu près circulaire du côté dorsal; l'analogie est manifeste, si l'on suppose que le tout soit retourné à 180° : la fente antérieure des vertébrés fait seule défaut. G. HOMOLLE.

I. — Sulla struttura delle fibre nervose midollate periferiche e centrali (Structure des fibres nerveuses à myéline périphériques et centrales), par C. GOLGI (*Arch. per le scienze med., IV, n°* 10).

II. — Sulla struttura delle fibre nervose del midollo spinale (Structure des fibres nerveuses de la moelle épinière), par G. REZZONICO (*Ibid.*, *n°* 4).

I. — Dans toute la longueur des fibres nerveuses périphériques on trouve, d'après Golgi, dans l'espace qui sépare le cylindre-axe et la gaîne de Schwann, à des intervalles plus ou moins réguliers et correspondant aux segments marqués par les incisures de Lanterman, des appareils de soutien de la myéline, qui ont la forme de filaments extrêmement fins, disposés autour du cylindre-axe. Comme les tours de spire de ces filaments vont en grandissant, les spirales forment une série de cônes superposés qui, par leur sommet, embrassent le cylindre-axe sans paraître y adhérer, et, par leur base, répondent à la face interne de la gaine de Schwann.

Ces détails, visibles sur des nerfs frais dissociés dans des liquides indifférents, apparaissent plus manifestement quand on met le nerf dans un mélange de 10 parties d'une solution de bichromate de potasse à 2 pour 100 et de 2 parties de solution osmique au centième, et, plusieurs heures après, dans une solution de nitrate d'argent à 1/2 pour 100, pendant 8 heures au moins. On peut employer aussi une solution de bichromate de potasse (10 à 15 jours pour les fibres de la moelle des mammifères, 4 à 8 heures pour les nerfs périphériques) puis, la solution argen-

tique. On place ces pièces dans la résine Damar après déshydratation, et on les dissocie dans l'alcool, puis on les expose á la lumière solaire.

II. — Rezzonico, élève de Golgi, décrit, dans les fibres à myéline de la moelle, comme annexes de la gaine de Schwann, comme soutiens de la myéline et comme organes de protection du cylindre-axe, une série régulière de gaines infundibuliformes emboîtées les unes dans les autres et embrassant le cylindre-axe par leur extrémité étroite. Chacun de ces cônes est formé, probablement, par une seule fibre extrêmement fine, enroulée en spirale dont les tours sont très serrés. Au point de vue chimique, ces gaines représentent le réseau de substance cornée des nerfs périphériques qu'ont décrit Ewald et Kühne; elles sont insolubles dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, la potasse. Cette constitution des fibres nerveuses explique l'apparence de couches concentriques de myéline qui se présente sur les coupes transversales et l'apparence d'une gaine spéciale du cylindre-axe. G. HOMOLLE.

Sur les terminaisons des nerfs dans les muscles des insectes, par A. FŒTTINGER (*Donders et Engelmann, Onderzoekingen ged. en h. phys. Labor. der Utrechtsche Hoageschool, fasc.* 3, *p.* 293-322, 1880; *anal. in Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *n°* 14, 1881).

Chez les insectes (Chrysomela cœrulea, Hydrophilus piceus, Lina tremulœ, etc.), les cylindres d'axe des fibres nerveuses se résolvent en fibrilles dans les plaques terminales, et ces fibrilles s'unissent directement aux disques intermédiaires des fibres musculaires striées. Les plaques terminales qui ont souvent, et en particulier au moment de la contraction, une forme conoïde, renferment des noyaux. Elles sont souvent très multipliées (9 pour une longueur d'un millimètre sur une seule fibre musculaire). Elles reposent à la surface des fibres et sont recouvertes sur leur face libre d'une membrane fine, sans structure, qui se continue, d'une part avec la gaine de Schwann, et d'autre part avec le sarcolemme. La contraction commence toujours et exclusivement au niveau des plaques terminales. G. HOMOLLE.

Ueber den Modus der Nervenverbreitung im elektrischen Organ von Torpede und die Bedeutung desselben für die Physiologie der Entladung des Organs (Du mode de distribution des nerfs dans l'organe électrique de la torpille et de son rôle physiologique dans le phénomène de la décharge de cet organe), par A. EWALD (*Habilitationsschrift, Heidelberg*, 1880, 2 *pl.*; *anal. in Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *p.* 438, 1881).

L'auteur ne fait qu'aborder la question des terminaisons nerveuses; il signale l'existence d'anastomoses entre les ramifications isolées des plaques terminales, démontre l'analogie de ces plaques avec les plaques motrices des muscles, et fait remarquer seulement que le mode de ramification est beaucoup plus fin dans les plaques électriques que dans les plaques motrices.

Pour étudier le mode de ramification des nerfs au voisinage et à l'intérieur des plaques terminales, A. Ewald isole les plaques de l'appareil

électrique au moyen de l'acide sulfopicrique ou de l'alcool acidifié, suivant la méthode de Ranvier; il a aussi recours à l'emploi successif de l'acide osmique à 1 0/0 et du bichromate d'ammoniaque à 2 0/0. Il a reconnu les dispositions suivantes : les 12 à 25 fibres nerveuses qui forment un bouquet terminal de Wagner, se distribuent à une série de plaques superposées, de telle façon que les points de pénétration des fibres sont disposés sur une ligne parallèle à l'axe de la colonne électrique. Ces fibres, pour arriver à leur point de pénétration, ne suivent pas un trajet absolument rectiligne, mais sont souvent incurvées ou sinueuses : ainsi se trouvent réglés les rapports de longueur des diverses fibres d'un bouquet terminal; et il est probable que, de même que pour le malaptérure, ces longueurs sont croissantes. Ainsi se trouvent assurés sans doute pour la série des plaques dépendant d'un même bouquet terminal, la régularité et le caractère successif de la décharge. D'autres dispositions ont aussi pour effet probable d'assurer une égale distribution de l'excitation ou de l'onde du courant nerveux : le mode de ramification des fibres nerveuses à l'intérieur des plaques est, pour toute la série qui correspond à un même bouquet terminal, presque absolument identique, et d'autre part, les longueurs de fibres nerveuses, depuis le point d'entrée jusqu'aux extrémités de la figure en bois de cerf de Wagner, sont égales.

S'il est permis de voir dans ces dispositions des conditions favorables à la soudaineté de la décharge de l'organe électrique, on ne connaît cependant pas encore de dispositions analogues qui jouent le même rôle régulateur par rapport aux 6 ou 7 fibres nerveuses qui se rendent à une même plaque des divers points de la colonne électrique et par rapport à une colonne toute entière. G. HOMOLLE.

Ueber die Entstehung der Querstreifen auf den Muskeln und den davon abhängigen Erscheinungen (De la formation des stries transversales des muscles et des phénomènes qui en dépendent), par G.-R. WAGENER (*Arch. f. Anat. u. Phys., Anat. Abth.; Heft IV et V*, 1880).

La fibre musculaire est constituée par des fibrilles dans l'interstice desquelles se trouve du protoplasma. Les fibrilles se présentent au début sous forme de filaments lisses, qui n'acquièrent que plus tard cette striation normale due à une succession de disques isotropes et anisotropes.

Les disques anisotropes possèdent la propriété de s'étendre et de se rétrécir, que cette variation dans leur volume soit en rapport avec une absorption ou une élimination de liquides, comme le veut Engelmann, ou qu'elle provienne d'une autre cause. Plusieurs anisotropes peuvent se confondre en un seul disque; celui-ci devient d'autant plus réfringent et d'un pouvoir polarisateur plus considérable.

Les anisotropes d'un certain volume peuvent subir une augmentation qui les divise en disques anisotropes plus petits; c'est à cette division que seraient dues les stries intermédiaires de Hensen, ainsi que ces aspects si variables de la striation des muscles de la vie animale.

Les prétendues limites des cellules du myocarde qui apparaissent et disparaissent sous l'œil de l'observateur tiennent à la coalescence des petits disques anisotropes trouvés par l'auteur. ASSAKY.

The morphology of the omohyoid muscle, par R.-J. ANDERSON (*The Dublin Journ. of med. sc.*, *p.* 171, *août* 1881).

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

Le ventre postérieur de l'omoplato-hyoïdien doit être regardé comme l'homologue du muscle sous-clavier. Les raisons qui militent en faveur de cette théorie sont nombreuses :

1° L'origine du sous-clavier est étroitement unie à celle du muscle droit chez quelques animaux (Wombat-Oryctérope) ;

2° Les nerfs du membre antérieur séparent également les muscles sous-clavier et costo-coracoïdiens, ainsi que l'omohyoïdien, du groupe des dentelés et des muscles costo-scapulaires ;

3° Les muscles susclaviculaires surnuméraires offrent des origines similaires avec celles du sous-clavier et du scapulo-hyoïdien. H. R.

Zur Anatomie einiger Lymphdrüsen im erwachsenen und fötalen Zustande (Contribution à l'anatomie de quelques glandes lymphatiques à l'état adulte et fœtal), par J.-H. CHIEVITZ (*Arch. f. Anat. u. Phys.*; *Anat. Abth.*, *Heft* 4 *et* 5, 1881).

Les ganglions lymphatiques de la région inguinale, chez l'homme, sont pauvres en tissu conjonctif; on trouve à peine quelques travées conjonctives dans les parties périphériques, dans la zone corticale du ganglion ; la portion médullaire en est totalement dépourvue.

Chez l'embryon humain, les rudiments des ganglions lymphatiques apparaissent après la onzième semaine, au milieu du tissu cellulaire : ils s'annoncent par une multiplication des noyaux et l'apparition de cellules lymphatiques libres, qui se transforment, avec le temps, en tissu adénoïde. Au milieu de ces éléments se trouvent des fentes dont le nombre va toujours en augmentant et qui constituent, par leur ensemble, le système des sinus lymphatiques. Les voies lymphatiques sont libres au début ; les trabécules et les cloisons ne se développent que secondairement. ASSAKY.

Ueber das dem zweiten Blutkreislaufe entsprechende Lymphgefässystem bei Hühnerembryonen (Système lymphatique correspondant à la deuxième circulation sanguine de l'embryon de poulet), par Alb. BUDGE (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *n°* 34, 1881).

L'auteur, qui a déjà reconnu l'existence d'un système de canaux analogues aux vaisseaux lymphatiques et correspondant à une circulation lymphatique de la vésicule ombilicale, a, dans de nouvelles recherches, observé la circulation lymphatique de l'allantoïde, qui est l'analogue de la seconde circulation sanguine.

Pour éviter les erreurs, A. Budge injecte les vaisseaux sanguins, puis, par des piqûres, injecte les vaisseaux lymphathiques. Les vaisseaux artériels de l'allantoïde sont accompagnés jusqu'à leurs plus fines divisions de deux lymphatiques nettement délimités, mais, à ce qu'il semble, dépourvus de valvules suffisantes.

De nombreuses branches se détachent des vaisseaux principaux et forment un réseau autour des artères, qui sont entourées par une sorte de cylindre lymphatique.

Au niveau du cordon ombilical, les lymphatiques se réunissent en un petit nombre de gros troncs (trois ou quatre par chacune des artères) qui se rendent jusqu'à l'aorte et se jettent dans le canal thoracique. Celui-ci est double inférieurement, simple dans la cavité thoracique, et se divise de nouveau en deux branches droite et gauche pour se jeter dans les veines. G. HOMOLLE.

I. — On the Lymphatics of pancreas, par G. HOGGAN et F.-Elisabeth HOGGAN (*Journ. of anat. and physiol.*, *XV*, *juillet* 1881).

II. — Comparative Anatomy of the Lymphatics of the Uterus, par G. HOGGAN et F.-Elisabeth HOGGAN (*Journ. of anat. and physiol.*, *XV*, *octobre* 1881).

I. — Les vaisseaux lymphatiques suivent la distribution générale des vaisseaux sanguins et des conduits excréteurs du pancréas. Un ou plusieurs lymphatiques irréguliers sont entrelacés avec les autres vaisseaux, et finissent par les entourer d'un réseau. Ces lymphatiques sont d'autant plus volumineux que les vaisseaux et les conduits qu'ils accompagnent sont eux-mêmes plus gros; ils suivent la division dichotomique de ces derniers, et arrivent aux lobules de la glande. Là ils donnent des branches qui se distribuent sur chaque lobule et se terminent par une extrémité renflée en cul-de-sac, ou en formant un réseau.

Quand une glande en grappe est entourée par d'autres tissus, les vaisseaux lymphatiques passent directement de la glande à ces tissus, au lieu de suivre le conduit principal de la glande. Dans le pancréas, bien que la chaîne des lymphatiques efférents intrinsèques se dirige vers l'embouchure du conduit principal, une petite quantité de lymphe arrive seulement en ce point; elle est, en effet, entraînée de ces lymphatiques par les branches efférentes extrinsèques, qui s'en détachent presqu'à angle droit. Les branches extrinsèques passent soit en arrière, en suivant le mésentère, pour aller au *receptaculum chylis*, chez les rongeurs, soit par le bord supérieur pour se rendre aux lymphatiques qui suivent l'artère splénique, chez l'homme et les mammifères supérieurs, comme l'ont décrit Sappey et d'autres auteurs.

II. — Dans l'utérus, les lymphatiques forment des couches reliées entre elles, et correspondant aux diverses couches de tissus de l'organe. Chez les singes et dans l'espèce humaine, à la disposition complexe des faisceaux correspond une disposition irrégulière des lymphatiques des muscles; cependant on reconnaît facilement les différentes couches correspondant aux faisceaux.

La complexité et le nombre des lymphatiques augmentent lorsqu'on considère un animal de plus en plus élevé en organisation.

Chez les rats, les souris et les petits mammifères, les lymphatiques forment un grand plexus situé entre les muscles annulaires et les muscles longitudinaux. De ce plexus se détachent de petites branches qui passent à l'intérieur de la couche musculaire longitudinale et retournent ensuite au plexus; ces branches ont été appelées à tort les lymphatiques

sous-péritonéaux. Quelques lymphatiques vont de la muqueuse à la couche musculaire annulaire. La muqueuse possède peu de lymphatiques et peut même en manquer.

Chez des animaux plus élevés, comme la brebis et la chèvre, les lymphatiques qui passent sous le péritoine conservent la même disposition; mais la couche des muscles annulaires n'est pas percée par les grands lymphatiques qui se ramifient dans la muqueuse. Une grande partie de ces derniers se ramifient dans la partie profonde de la muqueuse, et envoient des anses vers la surface libre, dont elles sont cependant séparées par une certaine épaisseur de tissu, et par un plexus de capillaires sanguins.

Chez les mammifères supérieurs, la jument, par exemple, il n'y a pas de lymphatiques qui passent des muscles à la surface sous-péritonéale; ceux de la muqueuse sont très développés. Le plexus de la couche profonde de la muqueuse est formé de gros vaisseaux munis de valvules, qui envoient des branches et des ramifications jusque sous l'épithélium. On trouve un réseau très ramifié autour des orifices des glandes utérines.

Les modifications apportées par l'état de gestation, sont surtout marquées dans la couche des lymphatiques intermusculaires, qui augmentent beaucoup de calibre, sans que leur nombre soit modifié d'une façon appréciable. Les lymphatiques de la muqueuse et ceux de la couche des fibres longitudinales subissent moins de changements.

Les glandes utérines n'ont pas de connexion avec les lymphatiques, et leur fonction semble complètement suspendue pendant la gestation.

F. HENNEGUY.

Ueber den Befund einer Excessbildung an der Trachea (Diverticule de la trachée) par MACKENZIE (*Heschl's med. Jahrb.*, *Heft* 1, *p.* 71, 1881).

La trachée présente rarement une disposition anormale. Elle peut cependant se diviser en trois bronches, la bronche accessoire étant destinée au lobe supérieur du poumon droit. C'est le vestige de cette anomalie que l'auteur croit constater dans un diverticule situé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la trachée, et à cheval sur les 12e, 13e et 14e cartilages d'une part, sur la portion membraneuse de l'autre. Ce cul-de-sac, cette bronche rudimentaire, a un orifice ovale dont le diamètre vertical ne dépasse pas 15 millimètres et pourrait admettre une noisette. La paroi en est recouverte de muqueuse normale (avec épithélium vibratile) et formée de plaques cartilagineuses aplaties, irrégulières.

L. GALLIARD.

Der Bronchialbaum der Säugetiere und des Menschen nebst Bemerkungen über den Bronchialbaum der Vögel und Reptilien (L'arbre bronchique des mammifères et de l'homme avec des remarques sur l'arbre bronchique des oiseaux et des reptiles). par Chr. AEBY (*Leipzig*, 1880; *anal. in Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *p.* 564, 1881).

La disposition fondamentale de l'arbre bronchique chez les mammifères est toujours la même, malgré des modifications très variées. Il n'y a pas,

comme on l'admettait autrefois, de division dichotomique successive des bronches. Chaque poumon possède une bronche principale, qui traverse, sans changer sensiblement de direction, tout le poumon, du hile à la base. L'artère pulmonaire a la même disposition que la bronche principale; les veines sont plus indépendantes. L'artère placée derrière la bronche doit la croiser pour arriver au cœur. Les parties de l'arbre bronchique qui se trouvent au-dessus du point d'entre-croisement sont dites par l'auteur épartérielles, les autres hypartérielles. Les bronches latérales hypartérielles sont toujours par paires; il y en a une série ventrale et une série dorsale. Il s'y ajoute quelquefois des bronches accessoires. Les bronches épartérielles sont impaires et donnent des ramifications ventrales et dorsales, sans bronches accessoires. Le système épartériel peut manquer soit des deux côtés, soit d'un seul (toujours alors du côté gauche).

Chez l'homme, il n'y a pas non plus de division dichotomique des bronches et l'on reconnaît une bronche principale, dont le trajet n'est cependant pas absolument rectiligne. Il n'y a de bronche épartérielle qu'à droite. Le système hypartériel symétrique donne quatre grosses bronches ventrales, les bronches latérales dorsales sont moins importantes. Une seule bronche accessoire est remarquable par sa constance; elle correspond à celle qui se distribue au lobe cardiaque chez un grand nombre d'animaux. Le lobe supérieur droit répond à une bronche latérale épartérielle; le lobe moyen droit et le lobe supérieur gauche répondent à la première bronche hypartérielle ventrale, les autres bronches hypartérielles ventrales, toutes les dorsales et les accessoires forment le lobe inférieur des deux côtés.

L'angle que forme la bronche principale avec le plan médian, c'est-à-dire avec l'axe de la trachée, est à gauche presque double de l'angle correspondant du côté droit. L'angle de divergence des deux bronches est très aigu chez les nouveau-nés; il atteint presque 90 chez l'adulte.

Le diamètre de la trachée s'accroît constamment de haut en bas. La bronche droite a un plus grand diamètre que la gauche, mais après la séparation de la bronche latérale épartérielle, son calibre est inférieur à celui de la gauche. Les deux bronches réunies ont un calibre total supérieur à celui de la trachée. La bronche latérale supérieure se distingue des deux côtés par son calibre considérable.

L'accroissement relatif du poumon atteint son plus haut degré dans la seconde moitié de la première année de la vie, puis à la puberté. Le nombre des vésicules pulmonaires peut être évalué à 3 ou 400 millions, et non 17 ou 1,800 millions (chiffre de Huschke). L'accroissement du poumon se fait, non par multiplication, mais par agrandissement des vésicules.

Les mêmes rapports généraux se retrouvent dans l'arbre bronchique des oiseaux et des reptiles. Chez les oiseaux, les bronches épartérielles se distribuent à la partie interne du poumon, elles sont plus nombreuses et symétriques; les bronches hypartérielles se distribuent à la partie externe de l'organe. G. HOMOLLE.

Développement de l'organe dentaire chez les mammifères, par Ch. LEGROS et MAGITOT (*Journal de l'anat. et de la physiol., janvier* 1881).

Sur le point culminant du bulbe dentaire sont disposées les cellules de l'ivoire ou odontoblastes (l'auteur en fait de cellules de nature épithéliale), rangées parallèlement entre elles, et composées d'un corps avec deux prolongements, l'un central, relié indirectement aux extrémités nerveuses du réseau sensitif du bulbe, l'autre périphérique, autour duquel se produit l'ivoire, qui est le résultat d'une élaboration spéciale de ces cellules de la dentine; ces cellules persistent indéfiniment dans la couche profonde de l'ivoire, et leurs prolongements périphériques occupent les canalicules de l'ivoire, s'anastomosant avec leurs voisins et formant vers la périphérie de petites dilatations (qui ont, dit l'auteur, tous les caractères de véritables cellules) connues sous le nom de renflements anastomotiques. Les productions dites globules de dentine et espaces interglobulaires tiennent à une formation irrégulière, c'est-à-dire à ce que la matière éburnée, au lieu de se déposer par un travail continu et insensible, se forme par masse globuleuses, dont la présence n'apporte, du reste, aucune modification sensible à la direction et au trajet des fibrilles (prolongements périphériques des odontoblastes); et en effet on voit ces fibrilles traverser les globules de dentine ou les espaces interglobulaires, ces derniers représentant des lacunes tantôt remplies par un épanouissement de la substance de la fibrille, tantôt par un dépôt même de dentine réparatrice, caractérisée par un aspect granuleux. Pour ce qui est de l'organe de l'émail, chaque cellule de cet organe étant pourvue d'un plateau, c'est à la face interne de celui-ci qu'on voit transsuder la substance de l'émail; le plateau des cellules représente ce que les auteurs ont considéré comme la membrane préformative. Chaque cellule d'émail produit ainsi un prisme de longueur variable, car, sur quelque point qu'on observe la couche d'émail, il n'y a jamais qu'un seul prisme pour occuper toute l'épaisseur du tissu. Dès que l'émail a atteint son entier développement, l'organe de l'émail s'atrophie et se résorbe, et cette résorption gagne jusqu'aux cellules de l'émail elles-mêmes, lesquelles disparaissent sans laisser de traces; mais qu'advient-il de leur plateau? D'après les uns, il persisterait seul, constituant la cuticule de l'émail; d'après les autres il disparaîtrait, et la cuticule ne serait autre chose qu'une couche rudimentaire de cément coronaire; c'est à cette dernière manière de voir que Magitot est tenté de se rattacher, parce que, entre autres raisons, on ne trouve pas de cuticule de l'émail autre que le cément coronaire sur les dents (molaires des herbivores) qui ont l'émail entouré d'une épaise couche de cément. — Quant à la formation du cément, nos idées, dit l'auteur, n'ont subi aucune modification sur celles qui ont déjà été publiées par nous dans un travail en collaboration avec Ch. Robin.

M. DUVAL.

Note sur l'anatomie topographique de la glande biliaire chez l'homme, par SABOURIN (*Soc. de biol.*, 17 *décembre et Tribune médicale*, 15 *janvier* 1881).

C'est en se basant sur l'anatomie pathologique, c'est en combinant l'étude de deux ordres de lésions, l'hépatite nodulaire et le foie muscade

que l'auteur est arrivé à une conception anatomique du foie, tout autre que celle qui est d'enseignement classique. Pour lui, le foie est un organe à éléments tubulés, opinion qui déjà a été soutenue par Eberth. Voici la description qu'en donne M. Sabourin : « L'ancien lobule hépatique, ou lobule vasculaire est composé de segments schématiquement pyramidaux par compression réciproque, dont les sommets convergent vers la veine centrale du lobule, et dont les bases sont à la périphérie de ce lobule, au niveau des espaces et des fissures portes : ces segments pyramidaux délimitent par la juxtaposition de leurs faces latérales des interstices où rampent les principales divisions de la veine centrale du lobule.

Chacun de ces segments de lobule forme un territoire défini composé d'éléments tubulés, et est en rapport par sa base avec les canalicules biliaires terminaux qui rampent dans l'espace et les fissures portes.

Chacun de ces systèmes tubulés comprend-il un seul tube ramifié, anastomosé, ou plusieurs tubes formant de petits systèmes secondaires? La question est pendante. . . . . Quoi qu'il en soit, la réunion de tous les segments ainsi définis, qui entourent un espace porte, réunion qui s'opère par la confluence de leurs pédicules respectifs, constitue un territoire glandulaire parfaitement délimité et auquel doit être appliqué le nom de lobule biliaire.

Ce lobule biliaire a pour domaine tous les segments de lobules hépatiques groupés autour d'un espace porte; il emprunte sa masse à quatre lobules hépatiques et offre la forme d'une pyramide triangulaire : à la forme près, il est comparable au lobule pulmonaire. Le canal excréteur est au centre avec les branches de la veine-porte et de l'artère hépatique, et leurs subdivisions toujours accolées se jettent dans les segments lobulaires pour former leurs pédicules. La masse totale de ces segments lobulaires est circonscrite par le grand réseau des veines sus-hépatiques et de leurs principales ramifications. Tel est l'aspect sous lequel on doit envisager le foie; c'est une notion conforme à l'anatomie pathologique, à l'embryologie, à l'anatomie comparée et aux données de l'anatomie générale. OZENNE.

De l'existence de cellules épithéliales à cils vibratiles à la surface de l'ovaire normal de la femme, par DE SINÉTY (*Soc. de biol.*, 17 *décembre* 1881, *et Gaz. méd. de Paris*, *n*° 1, 1882).

A l'occasion de l'extraction d'un kyste ovarique, M. de Sinéty a pu se livrer immédiatement à quelques études sur l'autre ovaire, qu'on avait également enlevé. Après en avoir soumis la moitié aux procédés de durcissement ordinaires, et reconnu qu'elle était absolument normale et qu'elle contenait de nombreux follicules de Graaf avec leurs ovules, il en a étudié l'épithélium sur l'autre moitié d'après la méthode indiquée par M. Ranvier.

Au milieu de petites cellules cylindriques, formant le revêtement de la glande, l'auteur en a trouvé quelques-unes plus volumineuses et munies de cils vibratiles. Est-ce un fait constant? Est-ce un fait normal? Ou se trouve-t-on en présence d'un fait pathologique au début? Ou bien, dans les tumeurs ovariques, n'est-ce que l'exagération d'un état physio-

logique? Telles sont les questions que se pose M. de Sinéty, questions d'un certain intérêt, relativement au cheminement de l'ovule des divers points de la surface de l'organe jusqu'à l'orifice tubaire, et qui ne pourront être résolues que par de nouveaux examens d'ovaires normaux et frais. OZENNE.

PHYSIOLOGIE.

Sur la nature des troubles produits par les lésions corticales du cerveau. Note de L. COUTY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 9 *mai* 1881). — **Sur les troubles sensitifs produits par les lésions corticales du cerveau, par LE MÊME** (*Ibid.*, 23 *mai* 1881). — **Sur le mécanisme des troubles produits par les lésions corticales** (*Ibid.*, 6 *juin* 1881).

La doctrine classique des localisations cérébrales suppose un rapport entre l'état de lésion du cerveau et l'état de fonctionnement de divers appareils périphériques. Or, l'auteur a fait, sur des chiens ou des singes, plus de quatre-vingts expériences de lésions corticales, dans lesquelles il a été impossible de constater aucune relation entre la nature du syndrome moteur, sensitif ou calorifique et le siège de la lésion. Ce syndrome, dit-il, est tellement variable, que je n'ai pas deux observations entièrement semblables; mais si je choisis les plus analogues, j'en trouve où la lésion est frontale, d'autres où elle pariétale, d'autres encore où elle est plus postérieure : ainsi les paralysies existent après les lésions occipitales comme après les lésions fronto-pariétales. Pour ce qui est des troubles sensitifs, l'anesthésie porte sur le côté opposé à la lésion corticale; elle est toujours incomplète, pour le tact comme pour la vision, et n'a aucun rapport constant avec le siège ou l'étendue de la lésion corticale. Ce qu'il y a de constant, dans tous les cas, ce sont des modifications des fonctions du bulbe et de la moelle, c'est-à-dire une diminution très nette du pouvoir réflexe dans la moitié du bulbe et de la moelle opposée à la lésion corticale, accompagnée de troubles de la coordination des mouvements, de telle sorte que les animaux à lésions corticales sont en certains points comparables aux malades atteints de *tabes dorsalis*.

Cette intégrité des fonctions du cerveau, avec modifications profondes des diverses fonctions du bulbe et de la moelle, amène l'auteur à penser que la destruction d'une circonvolution, sans action par elle-même, agirait à distance sur les organes nerveux sous-jacents par un mécanisme probablement analogue à celui que M. Brown-Séquard a étudié sous le nom d'inhibition. M. DUVAL.

Théorie des localisations corticales, par LANNEGRACE (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Montpellier*, n°s 33, 34 *et* 35, 1881).

Après une discussion assez vive des objections formulées dans le dernier travail du Dr Couty, contre la théorie des localisations cérébrales,

l'auteur attaque la proposition suivante qui, si elle était démontrée, ruinerait complètement les théories généralement admises aujourd'hui. « Il n'y a aucune relation constante ou habituelle entre une destruction corticale et un trouble périphérique. » Lannegrâce s'appuie sur ses expériences personnelles, qui lui ont fourni des résultats contraires aux observations de Couty. Après avoir d'abord déterminé, par un courant électrique peu intense, le centre d'une patte, chez un chien, il en opérait ensuite la destruction et il a toujours constaté au milieu de troubles moteurs et sensitifs complexes la paralysie de la même patte. « De plus, quand l'animal guérit et que les symptômes s'amendent, on constate que les troubles de la patte dont on a enlevé le centre sont les derniers à disparaître; on peut donc affirmer que toute lésion limitée de la zone motrice donne lieu à des troubles moteurs déterminés et constants et à des troubles indirects de nature et de forme irrégulière et variable. »

Lannegrâce examine ensuite les attaques formulées contre les conclusions localisatrices, déduites de l'étude des électrisations corticales. Couty, n'ayant pu dans aucune expérience vérifier l'exactitude des relations multiples établies par Ferrier entre les points électrisés et les mouvements produits, a conclu qu'il n'existe aucun rapport fixe ou ordinaire entre le siège des excitations corticales et les mouvements consécutifs. Lannegrâce, au contraire, expérimentant sur des chiens, a obtenu dans ses nombreux examens des résultats se rapprochant complètement de ceux obtenus par Ferrier, et cela d'une manière assez constante, pour qu'il se soit décidé à faire de l'électrisation du cerveau du chien une expérience de cours, et à prédire les actes par lesquels l'animal allait répondre à l'excitation d'un point déterminé des circonvolutions.

Le jeune physiologiste de Montpellier signale cependant quelques légères divergences entre ses expériences et celles de Ferrier. Il n'a pu que rarement produire le mouvement latéral ou ondulatoire de la queue, tandis qu'il a produit des mouvements de l'oreille en excitant des points assez éloignés de ceux indiqués par l'illustre physiologiste anglais comme seuls producteurs des contractions auriculaires.

Une seule fois, Lannegrâce a pu expérimenter sur un singe. Après avoir chloroformisé l'animal, et mis à nu les circonvolutions pariétale et frontale ascendantes, il excita au moyen d'un courant électrique très supportable à la langue les divers points découverts, « et j'ai eu, dit-il, l'agréable satisfaction de reproduire exactement les mouvements indiqués par Ferrier, en me guidant dans mes explorations sur les schemas inscrits dans le livre de cet auteur ». L'expérience est unique, il est vrai, mais Lannegrâce la regarde comme péremptoire; elle a eu pour témoins un professeur de la Faculté et plusieurs docteurs.

Ce travail important se termine par diverses réflexions critiques auxquelles ont paru donner lieu les observations intéressantes et multipliées du Dr Couty (explorations faites peut-être avec des courants trop forts, à intervalles trop rapprochés; différences très sensibles survenues dans l'état de l'animal, du commencement à la fin de l'expérience qui se termine au moment de la mort). A. MOSSÉ.

Ueber Gehirnbewegungen (Mouvements du cerveau), par G. BURCKARDT (*Bern*, 1881, *sep. Abdr. aus d. Verhand d. berner naturforsch. Gesellsch.*)

L'auteur rapporte quatre cas de perte de substance du crâne et décrit la méthode qui permet de recueillir des tracés des mouvements du cerveau au moyen d'une transmission d'air.

On distingue sur les courbes trois sortes de mouvements : pulsatile, respiratoire et vasculaire. La pulsation cérébrale a la forme du pouls vite tricrote ou tétracrote; ses éléments sont à peu près identiques à ceux d'une pulsation carotidienne. L'auteur se demande si, dans le crâne de l'adulte, qui est une cavité close, les pulsations se produisent comme dans le crâne ouvert de l'enfant ou des blessés. Il montre que les conditions de circulation diffèrent dans les vaisseaux de la base, de la périphérie, et des parties sous-jacentes à la tente du cervelet. Il cherche à établir que le cerveau subit un mouvement d'expansion parce que les vaisseaux eux-mêmes se distendent, que ce mouvement se fait dans la direction de l'arbre vasculaire, qu'il est en raison inverse des obstacles, et enfin, qu'à un moment donné, tous les vaisseaux également éloignés du cercle de Willis sont à la même phase de pulsation.

Le cerveau doit nécessairement subir un mouvement dans la direction des ventricules, pendant la systole artérielle, sans s'écarter de la paroi crânienne. La paroi peu résistante du troisième ventricule cède à la pression qu'il transmet aux espaces lymphatiques. Quand le crâne est ouvert, le pouls se manifeste au niveau de la partie mise à découvert; dans le crâne fermé, l'excès de pression artérielle sert à la progression du sang et des liquides séro-lymphatiques.

La ligne de niveau s'élève pendant l'expiration et s'abaisse pendant l'inspiration, quand le crâne est ouvert. Les oscillations de la courbe respiratoire dépendent : 1° de la grandeur de la perforation crânienne et de la résistance des parties molles; 2° de la profondeur des mouvements respiratoires; 3° des rapports mécaniques et dynamiques de la circulation et de la respiration.

La longueur de l'onde vasculaire est indépendante du nombre des respirations et des pulsations; il n'y a pas de relation entre la hauteur et la longueur de l'onde. Entre autres conditions qui font varier l'onde vasculaire, on peut citer les excitations psychiques. Le phénomène est en rapport avec des mouvements vasculaires qui sont sous la dépendance des fibres nerveuses sensibles ou sensorielles et s'exercent par les nerfs vaso-moteurs. L'élévation de l'onde répond au relâchement des artères, son abaissement à leur contraction. Les diverses parties du cerveau ont leurs mouvements propres. Partout où l'onde vasculaire laisse une place, le liquide cérébro-rachidien afflue; la dilatation vasculaire se produit de même que les pulsations. Le mouvement vasculaire de l'encéphale assure la progression du courant lymphatique. Il s'exerce pendant le sommeil et favorise l'élimination régulière des déchets. On pourrait donc supposer que le sommeil survient non seulement par suite de la fatigue que détermine l'usure de la matière, mais aussi par suite des troubles de toute sorte que subit, pendant la veille, l'élimination des déchets.

G. HOMOLLE.

Recherches expérimentales sur l'influence des lésions du cerveau sur les réflexes, par H. NOTHNAGEL (*Zeitschr. für klinische Med., t. III, fasc.* 1, 1881).

Ces recherches ont porté sur des lapins et des pigeons.

L'auteur n'a pu constater aucune diminution ou affaiblissement des réflexes, après avoir enfoncé une aiguille dans le cerveau, avoir fait passer un courant faradique au travers de celle-ci, ou après la cautérisation du cerveau; ni pendant ces expériences, ni peu de temps après, ni un certain temps après.

Les régions les plus variées du cerveau, jusqu'aux tubercules quadrijumeaux (y compris ceux-ci), furent lésées, sans que cela ait produit la moindre différence dans l'état des réflexes.

Ces faits semblent ne pas concorder avec ceux de Simonoff et de Goltz, sur le chien.

Dans un seul cas, à la suite d'une injection de paraffine dans le cerveau, qui produisit une augmentation notable de la pression intracrânienne avec perte de connaissance, il constata un arrêt des réflexes très net, mais de courte durée. H. LELOIR.

Faits montrant que l'excitabilité des nerfs moteurs et l'irritabilité musculaire, loin d'avoir des relations constantes, peuvent varier en sens inverse l'une de l'autre, par BROWN-SÉQUARD (*Soc. de biol.*, 18 *juin.* — *Gaz. méd. de Paris*, *n°* 26, 1881).

En expérimentant sur un lapin, auquel on avait sectionné la moitié latérale gauche du bulbe rachidien, l'auteur a noté différentes particularités relatives à l'excitation des nerfs sciatiques, phréniques, du plexus brachial et à l'irritabilité des muscles correspondants; il les résume ainsi :

1° Quelquefois le nerf seul ou le muscle seul gagne ou perd de sa puissance;

2° D'autres fois le nerf gagne ou perd, alors qu'un changement inverse se produit dans le muscle. OZENNE.

Modifications de l'excitabilité des nerfs et des muscles après la mort, par ONIMUS (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., novembre* 1880).

Les nerfs d'un membre, après la mort, perdent toujours leur excitabilité dans l'ordre suivant : d'abord les gros troncs, puis les filets des muscles extenseurs, et enfin ceux des muscles fléchisseurs. Ces phénomènes se rapprochent de ceux qui ont lieu en pathologie, car dans les lésions traumatiques (névrites à la suite de luxation de l'épaule, ou par contusion) et dans des cas d'affaiblissement général, ce sont les nerfs des muscles extenseurs qui sont paralysés les premiers et les plus complètement. — De tous les nerfs, ceux qui conservent le plus longtemps leur excitabilité, ce sont les nerfs du système ganglionnaire, comme le prouvent les expériences sur les suppliciés, où plusieurs heures après

la mort on peut obtenir non seulement une contraction de l'oreillette droite, mais même un vrai battement cardiaque rythmique.

Pour les muscles, d'après les études de l'auteur sur des suppliciés, la perte de la contractilité (en entendant par ce mot la contraction excitée par des courants faradiques ou courants induits) se fait dans l'ordre suivant : en premier lieu les muscles de la face (excepté le masséter qui conserve sa contractilité presque aussi longtemps que les extenseurs de l'avant-bras); puis les muscles extenseurs des membres; puis les fléchisseurs; et enfin les muscles du tronc; cinq à six heures après la mort, alors que les muscles de la face ont perdu toute contractilité depuis près de quatre heures, les muscles intercostaux et les muscles de l'abdomen sont encore contractiles.

Chose remarquable, les muscles qui ne répondent plus à l'électricité se contractent très bien par un choc mécanique, une excitation avec la pointe d'un couteau, etc.; et, de plus, ils se contractent relativement plus en ce moment par ces excitants mécaniques que lorsque le cadavre était moins éloigné de la vie En définitive, on peut suivre les gradations suivantes pour les excitants de la contractilité : de suite après la mort, l'excitant le meilleur et le plus énergique est fourni par les courants induits; à mesure que ceux-ci perdent leur influence, les courants continus ont une action plus marquée et bientôt sont les seuls qui déterminent encore une contraction : puis les excitants mécaniques ont seuls une action efficace. Ces derniers phénomènes de contraction se font de plus avec les caractères de la fibre lisse (raccourcissement lent et persistant).

La seconde partie du mémoire est consacrée à montrer l'importance de ces phénomènes pour constater la mort réelle. L'absence de la contractilité musculaire sous l'influence de l'électricité est non seulement la preuve la plus certaine de la mort, mais l'examen de la contractilité électro-musculaire peut permettre de rechercher à combien d'heures remonte la mort, puisque certains muscles perdent leur excitabilité avant d'autres, puisque la forme de la contraction change et puisque enfin les divers excitants agissent d'une manière différente selon le temps écoulé. Suivent des observations intéressantes (une entre autres de Rosenthal), montrant que dans la catalepsie, avec mort apparente, l'excitation des muscles de la face a pu permettre d'affirmer l'état de pure léthargie et d'attendre le réveil d'un sujet que des médecins avaient déclaré mort.

M. DUVAL.

Sur les actions vaso-motrices symétriques. Note de J. TEISSIER et KAUFMANN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 30 *mai* 1881).

Cherchant à contrôler les lois établies par Brown-Séquard et Tholozan sur les actions vaso-motrices symétriques et de même sens, MM. Teissier et Kaufmann ont expérimenté à l'aide de procédés graphiques rigoureux, en notant exactement les modifications circulatoires produites par l'application alternative, sur une des pattes d'un chien, d'une vessie pleine d'eau froide ou d'eau chaude. Toujours, au début de l'expérience et sur un animal non épuisé, l'application d'eau froide a déterminé, comme dans les expériences de Brown-Séquard, une augmentation de pression, c'est-à-dire un resserrement vasculaire et dans le membre sur

lequel avait lieu l'application et dans le membre du côté opposé; de même, une application d'eau chaude entraînait des deux côtés un abaissement de pression simultané. Mais au bout d'un certain temps, d'autant plus court que l'animal avait plus souffert, l'effet n'était plus symétrique; ainsi du côté opposé, par exemple, à l'application d'eau chaude, on constatait une augmentation de pression par resserrement des capillaires. L'épuisement du système nerveux renverse donc la symétrie des actions vaso-motrices, et ces faits, conformes aux résultats obtenus sur l'homme par Vulpian, permettent d'entrevoir l'explication de certains changements de vascularisation et de température observés en neuro-pathologie, principalement dans l'histoire du transfert de la sensibilité. M. DUVAL.

Das Sehcentrum bei Fröschen (Le centre visuel chez la grenouille), par BLASCHKO (*Dissert., Berlin*, 1880; *anal. in Centralblatt f. d. med. Wissensch., p.* 492, 1881).

A l'instigation de Munk, l'auteur s'est proposé de déterminer les parties de l'encéphale qui servent à la vision chez les grenouilles. La grenouille voit encore après l'ablation du cerveau; elle a non seulement des impressions, mais des perceptions visuelles; elle a notion des objets extérieurs et règle ses actes d'après cette notion. La couche optique et surtout les lobes optiques, à cause de leurs rapports avec les bandelettes optiques, devaient être particulièrement étudiés. L'expérience présente des difficultés réelles : il faut, en effet, détruire la couche optique sans blesser le chiasma et l'origine de la bandelette du nerf optique et faire l'ablation complète des lobes optiques sans provoquer par la lésion des pédoncules des mouvements de rotation et sans intéresser la bandelette optique. Après l'ablation du cerveau et de la couche optique, la grenouille voit et évite les obstacles. Après l'ablation incomplète de l'écorce des lobes optiques, la vision est en grande partie supprimée; après l'ablation complète, la cécité est absolue. L'auteur croit s'être assuré que la destruction du lobe optique d'un côté détermine la cécité de l'œil du côté opposé. La présence ou l'absence du cerveau ne change rien aux phénomènes observés.

Il y a donc, entre le cerveau des mammifères et celui de la grenouille, cette différence que la vision s'opère, dans l'un, à l'aide de certaines parties du cerveau, et, dans l'autre, au moyen des lobes optiques. Il n'y aurait aucune difficulté s'il était vrai que les lobes optiques fussent les analogues des lobes postérieurs du cerveau. On peut admettre, d'ailleurs, que, chez la grenouille, le cerveau moyen ait des fonctions qui, chez des vertébrés supérieurs, appartiennent au cerveau antérieur.

Des expériences faites sur des pigeons ont montré que, conformément à des observations antérieures, la lésion de certaines parties du cerveau détermine une cécité en apparence complète et persistante. Cependant lorsque, sur les mêmes animaux, on enlevait, après plusieurs mois, l'œil sain, on pouvait s'assurer que la vision n'était pas complètement abolie, mais qu'elle persistait dans une petite partie du champ visuel.

G. HOMOLLE.

Zur Frage des Farbensinncentrums (Sur le centre du sens des couleurs), par J. SAMELSOHN (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *n°* 47, 1881).

L'existence d'un centre spécial pour le sens des couleurs serait démontrée si l'on pouvait reconnaître avec certitude des cas d'hémianopie homonyme dans lesquels le sens de l'espace et de la lumière serait absolument intact dans la moitié du champ visuel intéressée, tandis que le sens des couleurs y serait aboli.

L'auteur a observé, il y a plusieurs années, un fait de ce genre et le publie maintenant, sans avoir pu faire la nécropsie du malade mort récemment.

G. H., 63 ans, se plaint de troubles visuels qui ont succédé à une petite attaque apoplectique, accompagnée d'une perte de connaissance de courte durée, survenue huit mois auparavant. Il persiste une hémiparésie à droite sans troubles de sensibilité. Le fond de l'œil est normal; l'acuité visuelle est bonne, l'étude du champ visuel par les procédés ordinaires n'indique aucune anomalie. Un examen plus approfondi et la mesure du champ visuel au moyen de carrés colorés fait reconnaître une hémianopie latérale gauche type, pour toutes les couleurs. Dans la moitié droite du champ visuel des deux yeux, toutes les couleurs sont perçues dans les limites normales; mais dans les deux moitiés gauches, aucune couleur n'est reconnue en tant que couleur, et toutes donnent l'impression d'une teinte grise plus ou moins foncée. La notion de l'espace et des dimensions, et le sens de la lumière paraissent être intacts dans les deux moitiés du champ visuel. Cette dissociation des phénomènes visuels a été constatée à plusieurs reprises et de la façon la plus évidente.

G. H.

Sur le cœur caudal des anguilles, par Ch. ROBIN (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *novembre* 1880).

Depuis que Marshall-Hall a découvert (1831), dans la queue de l'anguille, un organe contractile qu'il a considéré comme un ventricule placé sur le trajet des vaisseaux sanguins, tous les traités de physiologie ont invoqué cette disposition comme exemple de cœur périphérique veineux, c'est-à-dire recevant et expulsant du sang veineux. Les recherches de Ch. Robin lui ont permis de constater qu'en réalité ces ventricules propulseurs sont des cœurs lymphatiques : en effet, ils ne reçoivent et ne projettent pas de sang : si l'on voit, immédiatement en avant de ces cœurs, le sang présenter des accélérations rythmiques dans son cours, ces saccades sont dues non à une propulsion du sang lui-même, mais à celle d'un liquide incolore qu'on ne fait qu'entrevoir au point où les cœurs s'unissent à la veine. En effet, chaque systole du cœur caudal interrompt partiellement le cours du sang affluant par la veine supérieure d'origine; avec la diastole qui suit aussitôt, elle cause des alternatives d'arrêt et d'entrée du sang. Quant à la nature lymphatique du liquide incolore projeté dans la veine, elle ne saurait être absolument affirmée tant qu'on n'aura pas vu les lymphatiques eux-mêmes arrivant aux cœurs; mais l'existence de ces lymphatiques ne paraît pas douteuse d'après ce qu'on sait de ces vaisseaux, en tant que satellites des conduits sanguins inter-apophysaires et inter-natatoires des poissons osseux.

M. DUVAL.

Recherches sur la fistule péricardique chez le lapin, par P. HEGER et E. SPEHL (*Archives de biologie, t. II, fasc.* 2, 1881).

Les auteurs de ce travail ont cherché à déterminer, sur l'animal vivant, l'influence réelle des mouvements respiratoires sur la quantité de sang qui se trouve dans les poumons. Leur méthode consiste à pratiquer dans le thorax, au niveau du troisième espace intercostal, une petite fenêtre, afin d'inciser le péricarde en respectant la plèvre, puis à placer à la base du cœur une ligature de manière à interrompre brusquement la circulation pulmonaire à un moment donné. Après que le fil est mis en place, on introduit dans la cavité péricardique un tube obturateur spécial destiné à servir de point d'appui à la ligature au moment où elle sera serrée, et à mettre le sac péricardique en communication avec un manomètre et un appareil aspirateur, pour opérer un vide de quelques millimètres. On serre rapidement la ligature pendant l'expiration ou l'inspiration.

Les poumons détachés sont coupés en petits morceaux qu'on lave dans une solution de sulfate de soude à 0.5 0/0 jusqu'a décoloration complète. La quantité de sang renfermée dans le poumon est évaluée par comparaison avec une solution de sang titrée, et dont la couleur a la même intensité.

Heger et Spehl ont trouvé, au moyen de cette méthode, que, pendant l'inspiration naturelle, les poumons contiennent plus de sang que pendant l'expiration, et qu'il en est toujours ainsi, alors même que le cœur subit l'influence des pressions variables qui s'exercent sur lui pendant la respiration naturelle. L'afflux du sang dans le poumon est proportionnel à la profondeur de l'inspiration. F. HENNEGUY.

On recurrent pulsation in the radial artery (De la pulsation récurrente de l'artère radiale), par Aug. WALLER (*The Practitioner, décembre* 1880).

On sait en quoi consiste cette récurrence radiale : lorsque l'artère est comprimée assez fortement pour que son calibre se trouve complètement oblitéré, on peut, dans certaines circonstances, constater encore la présence de pulsations dans son extrémité périphérique. Évidemment l'ondée sanguine revient par les anastomoses palmaires et surtout par la radiopalmaire.

L'auteur a trouvé que la récurrence manque d'un seul côté environ une fois sur dix. Ce chiffre est à peu près celui des anomalies artérielles unilatérales. A ce compte, la récurrence pourrait manquer des deux côtés à la fois par anomalie de distribution artérielle environ une fois sur cent.

La récurrence est deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

On peut la faire apparaître en donnant du nitrite d'amyle aux personnes qui ne la présentent pas naturellement.

Enfin, la récurrence indique un pouls peu tendu et dépressible, elle trahit un relâchement de la tension artérielle. Sa variation chronique chez un individu indique un changement dans le tonus vasculaire.

A. MATHIEU.

Zur Frage von der Natur des Strychnintetanus und der willkürlichen Muskelcontraction (Tétanos strychnique et contraction musculaire volontaire), par Christian LOVÉN (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *n°* 7, 1881).

L'auteur a pu démontrer, au moyen d'un électromètre capillaire construit par lui, les courants musculaires qui se produisent dans le gastrocnémien de la grenouille, sous l'influence de certaines excitations instantanées. Il a établi d'une façon certaine que les contractions volontaires et la convulsion strychnique sont en réalité des phénomènes discontinus et rythmiques. Chez le crapaud, par exemple, qui a parfois des contractions volontaires d'une certaine durée, les déviations de l'électromètre s'accompagnent d'oscillations manifestes; il en est de même dans le tétanos strychnique de la grenouille. L'animal étant bien fixé, le tendon du gastrocnémien attiré et immobilisé au moyen d'une forte épingle, le muscle est mis en rapport avec l'électromètre capillaire au moyen d'électrodes impolarisables. Au début de l'intoxication, tout attouchement de l'animal provoque un deplacement subit de la colonne mercurielle de l'appareil.

En se servant d'un fort grossissement, il est possible de s'assurer que chacun de ces déplacements présente une série de petites oscillations secondaires; dans le tétanos, on voit souvent, pendant plusieurs minutes, des oscillations très régulières de la colonne mercurielle. Pendant la durée de ce courant de décharge musculaire, le muscle est en apparence immobile et fortement contracté.

Un fait très remarquable, c'est la lenteur du rythme de ces oscillations; une appréciation approximative en indique environ huit par seconde. C'est à peu près le nombre qu'on trouve pour les fortes contractions volontaires des crapauds; la fréquence des oscillations parait être en rapport avec l'énergie des contractions.

Ces résultats sont en contradiction apparente avec les données reçues, relativement à la fréquence des impulsions transmises des centres nerveux aux muscles (16 à 18 par seconde, d'après Helmholtz). Ils ont été vérifiés par l'auteur, en suivant une autre méthode. Au moyen d'un double myographe, l'auteur a pu inscrire les contractions secondaires d'une patte galvanoscopique mise en relation avec le gastrocnémien d'une grenouille empoisonnée par la strychnine. Le nombre des contractions secondaires, dans le tétanos strychnique, a varié entre 7, 5 et 9 par seconde.

G. HOMOLLE.

Ueber den Einfluss der Temperatur auf den Glycogengehalt der Froschmuskeln (Influence de la température sur la richesse en glycogène des muscles de la grenouille), par J. SCHIFFER (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *n°* 18, 1881).

Lorsqu'on place des grenouilles vertes, qui hivernent à la température constante d'une cave, dans un milieu à température élevée, la richesse des muscles en glycogène augmente notablement : 26 grammes de muscles des membres inférieurs, pris sur quatre grenouilles apportées immédiatement de la cave, ont donné 0gr,2 de glycogène, soit 0.77 0/0. Quatre autres grenouilles de la même série sont exposées pendant

3 heures à une température de 35° centigrades; — elles fournissent 32 grammes de muscles qui donnent 0gr,349 de glycogène, soit 1.09 0/0. Dans une troisième expérience, quatre grenouilles, de la même réserve, sont placées, pendant 24 heures, dans un milieu à 30,35° centigrades; elles fournissent 26 grammes de muscles, renfermant 0gr,348 de glycogène, soit 1.33 0/0.

Ces résultats sont en contradiction apparente avec le fait observé par Schulz, qui a vu l'élimination d'acide carbonique s'accroître chez les grenouilles avec l'élévation de la température. G. HOMOLLE.

Phénomènes microscopiques de la contraction musculaire. Striation transversale des fibres lisses. Note de Ch. ROUGET (*Acad. des sciences*, 20 *juin* 1881).

Les fibres lisses peuvent, sous l'influence de conditions purement artificielles, acquérir tous les caractères des fibres striées; c'est ce qu'on produit par exemple, en tuant par l'action de la chaleur les fibres lisses du muscle adducteur des valves d'un mollusque, fibres qui, crispées par l'élévation de température, acquièrent une striation fine et régulière, ne le cédant en rien au dessin net et délicat des fibrilles de l'aile des insectes. Si les fibres lisses peuvent devenir striées par suite du plissement qui constitue le mécanisme même de leur contraction physiologique, les fibres striées peuvent inversement devenir complètement lisses dans une extension forcée, soit naturelle, soit artificielle, et les conditions mécaniques de leur contraction se réalisent par un plissement semblable à celui qui se manifeste dans les fibres lisses contractiles. M. DUVAL.

Untersuchungen über einige Beziehungen zwischen Muskelthätigkeit und Stoffzerfall (Recherches sur quelques rapports existant entre l'activité musculaire et la destruction de la matière), par O. KELLNER (*Landwirtschaftl. Jahrb.*, 1880, *p.* 52 ; *anal. in Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1881, *n°* 7).

1° — Un cheval de 11 ans est mis à une ration constante (5 kil. de foin 6 kil. d'avoine et 1 kil. 5 de paille hachée); les expériences comprennent 5 séries de 14 jours ; le travail fourni est mesuré au moyen du dynamomètre du cheval; il est représenté pendant les 5 périodes par les chiffres : 1re période, 475,000 kilogrammètres par jour; 2e, 950,000; 3e, 1,425,000; 4e, 950,000 ; 5e, 475,000. Les quantités correspondantes d'azote excrété sont : 1re période, 99 grammes ; 2e, 109 grammes ; 3e, 116gr,8, 4e, 110 grammes ; 5e, 98gr,3.

L'excrétion d'azote augmente donc avec le travail produit ; les forces de tension qui deviennent libres par la destruction des substances azotées peuvent donc se transformer en force mécanique.

2° — Une expérience faite sur deux moutons tend à démontrer que, chez les herbivores au moins, il n'y a pas de motif d'admettre une excrétion d'azote gazeux en quantité appréciable.

3° — Les recherches, semblables à celles de la première série d'expériences, sont faites sur des chevaux qui reçoivent une alimentation riche en albumine (7 kil. 5 de foin et 4 kil. de haricots). Le travail produit dans les 3 périodes successives, est égal à : 1re et 3e périodes, 810,000 ki-

logrammètres par jour; 2e, 2,430,000. Les chiffres correspondants qui représentent l'excrétion d'azote sont: 1re période, 200 grammes environ; 2e, 211gr,3 et 234gr,3 ; 3e, 197gr,7 et 200. Avec le régime riche en albumine, l'augmentation de travail s'accompagne donc d'une augmentation de destruction des albuminoïdes.

4° — On substitue aux haricots une quantité d'avoine correspondante ; avec ce nouveau régime, l'excrétion d'azote n'est augmentée que dans une proportion insignifiante par l'augmentation au travail ; les matières non azotées ont donc par leur destruction, dans l'organisme, fourni une source de force musculaire.

5° — Étudiant les effets du régime amylacé, l'auteur arrive à cette conclusion que 46 0/0 des unités de chaleur, qui deviennent libres dans la combustion de ces matières, peuvent reparaître sous forme de force.

6° — Enfin, il est conduit à conclure que le chiffre maximum des unités de chaleur qui peuvent être transformées en force par la destruction des matières grasses dans l'organisme du cheval, est de 49 0/0. G. HOMOLLE.

Contribution à l'étude du mouvement des côtes et du sternum, par L. CHABRY (*Journ. de l'anat. et de la physiol., juillet* 1881).

Il est difficile de donner une analyse de cet intéressant mémoire qui procède essentiellement par démonstrations géométriques; nous ne saurions cependant nous empêcher de signaler particulièrement les considérations relatives aux mouvements du sternum. Le mode de projection du sternum en avant pendant l'inspiration n'est pas aussi simple qu'on l'a cru généralement : si l'on appelle *bascule négative* le mouvement dont le centre est situé au-dessous du sternum, et *bascule positive* celui où le centre du mouvement serait au-dessus du milieu du sternum, on reconnaît que, dans l'inspiration, ces deux mouvements se combinent, ou, pour mieux dire, se succèdent. Ainsi, une inspiration forte commence toujours par une bascule négative, puis le sternum revient peu à peu parallèle à sa direction primitive, et finit le mouvement par une bascule positive. C'est que l'élévation des côtes supérieures étant, dans une certaine mesure, indépendante de l'élévation des côtes inférieures, le mouvement inspiratoire sus-indiqué a commencé par les côtes supérieures; cette inspiration costo-supérieure s'est continuée par une inspiration costo-inférieure. En définitive, les mouvements des côtes et du sternum ne peuvent être reproduits exactement par un appareil articulé dans lequel les côtes seraient remplacées par des leviers rigides : chez l'homme, l'extrémité inférieure du sternum se projette plus en avant que la supérieure dans le type respiratoire costo-inférieur; le contraire a lieu dans le type costo-supérieur. M. DUVAL.

Inscription microscopique des mouvements qui s'observent en physiologie. Note de MAREY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 18 *avril* 1881).

Dans les tracés obtenus avec les appareils inscripteurs ordinaires, on peut soupçonner que des vibrations propres du levier se soient ajoutées à la courbe réelle du mouvement inscrit. Pour lever cette objection et

prouver la fidélité des instruments qu'il emploie, Marey a cherché à inscrire un mouvement en donnant au tracé des dimensions tellement réduites, qu'on puisse considérer comme négligeable la vitesse du style inscripteur. En réduisant au dixième l'amplitude du tracé, les effets de la vitesse acquise du levier sont en effet singulièrement atténués ; ils sont cent fois moindres, puisque la force vive des masses en mouvement croît comme le carré des vitesses. Les tracés ainsi obtenus, examinés avec un grossissement de 20 diamètres, reproduits et grossis avec la chambre claire, se montrent identiques à ceux que donnent le sphygmographe et le cardiographe ordinaires, pour lesquels il n'y a donc plus à parler de déformations par la vitesse acquise. L'inscription microscopique pourra, d'autre part, être utilisée pour l'étude de mouvements très rapides, tels que les vibrations du sang dans les vaisseaux, donnant naissance au *bruit de souffle ;* enfin ces inscripteurs microscopiques auront l'avantage d'être extrêmement portatifs et, par suite, de faciliter les applications de la méthode graphique à toutes les formes de la pratique médicale. M. DUVAL.

Beitrag zur Kenntniss der peripheren Temperatur des gesunden Menschen (Température périphérique de l'homme sain), par A. ROMER (*Dissert., Tübingen,* 1881 ; *anal. in Centralbl. f. d. med. Wiss., p.* 839, 1881).

L'auteur a fait sur lui-même une série de recherches sur la température comparée du creux de la main et du rectum. Les oscillations diurnes atteignent à la main 6°,10. En quelques minutes, il peut se produire à la périphérie des écarts de 2 et 3°.

La température périphérique subit dans les 24 heures, une série d'oscillations régulières. Après une période nocturne d'état stationnaire à un niveau assez élevé, commence vers 6 heures du matin, une chute rapide qui atteint son minimum entre 9 et 10 heures, puis se produit une élévation lente avec un maximum qui suit de près le repas de midi. Entre 1 heure et 3 heures, recommence un abaissement rapide, avec minimum 2 ou 3 heures après. A partir de 6 ou 8 heures, la température s'elève assez rapidement et s'abaisse ensuite très lentement jusqu'au matin. Cette courbe fait contraste avec l'état de la température rectale, si l'on tient compte de la moyenne diurne. La température rectale est supérieure à la moyenne entre 8 heures du matin et 9 heures du soir ; elle lui est inférieure pendant le reste du temps ; la chaleur périphérique se comporte d'une manière inverse. Une élévation à la périphérie correspond à un abaissement central, et *vice versa ;* mais les changements se produisent environ 2 heures plus tôt à la périphérie que dans les parties profondes.

La température de la main s'abaisse quand le bras est levé ; elle s'élève quand le bras est pendant. L'arrêt de cours de sang artériel ou veineux détermine une diminution de chaleur périphérique. Il en est de même du refroidissement notable et temporaire d'une partie éloignée, par exemple d'une jambe. L'influence de l'alimentation, très manifeste à midi, n'était pas appréciable aux autres repas. G. HOMOLLE.

Bemerkungen über die Methode der Mastdarmtemperatur-Bestimmungen bei Thieren u. s. w. (Remarques sur la méthode dans les mensurations de la température rectale des animaux et sur quelques questions qui s'y rapportent), par A. HÖGYES (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol., Band XIII, Heft* 5, *p.* 354).

L'auteur a recherché quelles étaient les meilleures méthodes de prendre la température des animaux en expérience; quelles étaient les conditions dans lesquelles on pouvait le plus sûrement se mettre à l'abri des causes d'erreur.

Il donne la description d'un appareil destiné à fixer les lapins, et en particulier à immobiliser le bassin de ces animaux, de telle sorte que la température puisse être prise dans le rectum, dans des conditions identiques.

Pour que les résultats des mensurations soient utilisables, il faut que le thermomètre soit toujours enfoncé dans le rectum, de la même manière et jusqu'à la même hauteur. Les violences doivent être évitées à l'animal; son bassin doit être fixé dans une situation naturelle.

Il faut toujours signaler la profondeur à laquelle a été introduit le thermomètre; comment a été faite la mensuration thermométrique; combien de temps il s'est passé entre l'immobilisation de l'animal et le relevé de la température.

Il faut se servir d'un thermomètre normal, indiquer le poids de l'animal, la température ambiante, etc. A. MATHIEU.

Recherches sur la chaleur animale. Note de A. D'ARSONVAL (*Compt. rend. Acad. des sciences, juillet* 1881).

Grâce à son appareil calorimétrique donnant simultanément l'enregistrement automatique de la chaleur dégagée, et des déchets provenant des combustions respiratoires. Ainsi M. d'Arsonval rend évidente l'erreur longtemps classique, qui consiste à calculer, à l'aide des produits de la respiration, la quantité de chaleur dégagée par un animal. C'est qu'en effet beaucoup de réactions qui se passent dans l'organisme, s'accompagnent d'un dégagement de chaleur sans production de gaz, ou inversement. Ainsi la calorimétrie directe montre que l'œuf en incubation absorbe, pendant les premiers jours, beaucoup de chaleur, et qu'en même temps il y a absorption d'oxygène et dégagement d'acide carbonique : ne tenant compte que de ce dernier fait, la méthode chimique eût conclu, dans ce cas, à un dégagement de chaleur. En général, l'auteur n'a presque jamais trouvé de concordance entre la chaleur mesurée directement et la chaleur calculée d'après les combustions respiratoires. Cela tient, d'une part, à ce que les combustions organiques sont de l'ordre des fermentations, et de ce que à côté des combustions, il y a des synthèses organiques, lesquelles s'accompagnent d'une absorption de chaleur : c'est le cas de l'œuf en incubation. M. DUVAL.

Ueber den Einfluss der Entziehung des Kalks in der Nährung, und der Fütterung mit Milchsäure auf den wachsenden Organismus (Influence du régime dépourvu de sels calcaires et de l'alimentation avec acide lactique sur la nutrition et sur l'accroissement de l'organisme), par A. BAGINSKY (*Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft, Berlin*, 6 *mai* 1881).

Baginsky nourrit pendant quatre mois des chiens d'une même portée avec une ration identique, composée de viande, de lard et d'eau distillée, sans sels de chaux. A cette ration l'on ajoute pour l'un des animaux, 2 grammes d'acide lactique par jour; pour un autre, 2 grammes de phosphate de chaux; le troisième reçoit la ration sans aucune addition.

L'examen des animaux, fait après quatre mois de ce régime, conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Le régime dépourvu de sels calcaires et avec adjonction d'acide lactique, n'empêche point l'accroissement de poids des jeunes animaux; mais il produit des altérations du système osseux analogues à celles du rachitisme. La quantité totale de cendres résultant de la calcination est notablement diminuée : la composition de ces cendres reste cependant la même sensiblement qu'à l'état normal. L'adjonction d'acide lactique à un régime dépourvu de sels calcaires ne fait qu'exagérer les inconvénients de celui-ci. DASTRE.

Ueber die Bedeutung der anorganischen Salze für die Ernährung des Thieres (Du rôle des sels inorganiques dans la nutrition des animaux), par LUNIN (*Dissert., Dorpat*, 1880; *anal. in Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *n°* 19, 1881).

On a supposé que les sels alcalins contenus dans les aliments ont pour objet de neutraliser l'acide sulfurique qui se forme par l'oxydation du soufre de matières albuminoïdes (Bunge, Salkowski). L'auteur se propose de vérifier expérimentalement cette hypothèse

Il nourrit des souris avec du lait coagulé et lavé, du sucre de canne et de l'eau distillée, c'est à-dire avec des substances dépourvues de matières minérales, 5 souris soumises à ce régime vivent de 11 à 21 jours seulement. On ajoute à cette ration la quantité de carbonate de soude correspondante à la quantité de soufre contenue dans la caséine. 6 souris en expérience vivent de 16 à 30 jours, un peu plus que les précédentes. Au carbonate de soude, on substitue du chlorure de sodium, représentant une égale quantité de soude. Les souris meurent au bout de 16 à 20 jours. Il semble donc que la formation d'acide sulfurique non neutralisé joue un rôle dans la mort rapide des animaux. Cependant la survie des souris qui reçoivent du carbonate de soude est remarquablement courte.

L'auteur nourrit d'autres souris avec un mélange de caséine, de sucre de canne et de la totalité des cendres du lait; ces animaux vivent seulement de 20 à 31 jours. Au contraire, 2 souris soumises au régime du lait desséché sont très vivaces au bout de deux mois et demi d'observation. Il y a donc dans le lait des principes nécessaires à la nutrition en dehors de la caséine, des sels et du sucre (graisse, sucre de lait, peut-être, etc.). G. HOMOLLE.

Ueber die Wirkung von Trypsin in Säure und von Pepsin und Trypsin auf einander (Action de la trypsine dans un milieu acide, action de la pepsine et de la trypsine l'une sur l'autre), par K. MAYS (*Unters. des phys. Inst. zu Heidelberg, III*, p. 378).

Kühne dit que la trypsine est inactive dans une solution d'acide chlorhydrique à 0.5 0/00, Ewald l'a trouvée, au contraire, active dans une solution à 0.3 0/0. D'après Mays, la trypsine est encore active dans un liquide qui contient 1 0/0 d'acide acétique cristallisable, mais elle est inactive dans une solution d'acide chlorhydrique à 1 0/00. Dans les deux cas, l'action de l'acide était plus accusée lorsque la liqueur contenait en même temps de la pepsine. Celle-ci empêche donc l'action de la trypsine. Ces résultats se trouvant en contradiction avec ceux qu'avait obtenus Ewald, Mays a répété exactement l'expérience d'Ewald. Il mit en contact 1 gramme de poudre de pancréas d'Engosser, 20 centimètres cubes d'acide chlorhydrique à 0.3 0/0 et 5 grammes de fibrine crue, et il vit se produire une action digestive, moins complète cependant que dans les observations d'Ewald. Quand la fibrine, au lieu d'être en proportion très forte par rapport à la quantité d'acide, est au contraire très peu abondante, elle n'est pas digérée; ainsi s'expliquent les divergences. G. HOMOLLE.

Ueber die Herstammung und Ausscheidung des Kalks im gesunden und kranken Organismus (De l'excrétion et de la formation de la chaux à l'état normal et pathologique), par SCHETELIG (*Archiv für pathol. Anat. und Phys., t. LXXXII, p.* 437).

1. La chaux qui est éliminée par l'urine provient de l'alimentation : sa quantité dépend des capacités digestives, osmotiques, résorbantes de l'estomac et de l'intestin.

2. Le carbonate de chaux, en petite quantité et avec beaucoup d'eau, est presque toujours rapidement résorbé dans l'estomac.

3. Les phosphates calcaires de la viande sont : en faible partie transformés en chlorures ou résorbés directement, en grande partie, passent avec les matières protéiques dans l'intestin grêle et de là dans la lymphe, mais la présence de l'acide chlorhydrique du suc gastrique est absolument nécessaire pour préparer la dissolution.

4. Boire de l'eau favorise d'une façon remarquable le passage de la chaux du tube digestif dans le système circulatoire.

5. Une augmentation pathologique essentielle de l'élimination calcaire dans les maladies chroniques des organes thoraciques ou des centres nerveux n'est ni démontrée, ni même probable.

6. La diminution pathologique se produit d'après les lois physiologiques de l'inanition, cependant les sels calcaires, vu leur solubilité difficile dans l'intestin, restent en arrière des autres matières fixes de l'urine.

7. Le rôle de l'acide phosphorique dans l'organisme et son apparition dans l'urine, n'est ni uniquement, ni principalement, le témoignage des

transformations cellulaires, mais résulte des lois de la digestion et de l'absorption intestinale.

8. Des résultats acquis on peut conclure pour la thérapeutique, que l'usage régulier de l'eau et du sel de cuisine, est le meilleur moyen de dissoudre la chaux de l'alimentation. L'administration de la chaux comme médicament manque donc complètement de base. Le cas échéant, on pourrait employer l'eau de chaux très faible. (*R. S. M.*, XVI, 587.) z.

CHIMIE MÉDICALE.

I. — **Das Aceton im Harne der Diabetiker (L'acétone dans l'urine des diabétiques), par W. MARKONIKOFF** (*Annalen der Chemie, t. CLXXXII, p.* 362).

II. — **Spaltung der Acetessigesters durch Basen (Décomposition de l'éther méthylacétique par les bases), par WISLICENUS** (*Annalen der Chemie, t. CLXXXX, p.* 257).

III. — **Ueber den Nachweiss der sogenannten Aethyldiacetsäure im Harn (Sur la recherche de l'acide diéthylacétique dans l'urine), par HILGER** (*Même recueil, t. CLXXXXV, p.* 314, 1879).

IV. — **Beitrag zur Chemie des diabetischer Harns (Contribution à la chimie de l'urine diabétique), par FLEISCHER** (*Centralblatt für die medecinischen Wissensch., p.* 715, 1879).

V. — **Ueber diabetische Acetonurie (Sur l'acétonurie diabétique), par A. DEICHMULLER** (*Annalen der Chemie, t. CCIX, p.* 22, 1881).

VI. — **Ueber Eisenchlorid rothfärbenden Harn (Sur l'urine se colorant par le perchlorure de fer), par TOLLENS** (*Même recueil, t. CCIX, p.* 30).

VII. — **Ueber febrile Acetonurie (Sur l'acétonurie fébrile), par Rudolf von JAKSCH** (*Separatdruck aus des Prager medicinische Wochenschrift, n°* 40, 1881).

On constate souvent, dans des cas graves de diabète, que l'urine se colore en rouge ou en brun rouge sous l'influence des sels ferriques. Markonikoff, Fleischer, et d'autres expérimentateurs ensuite, ont trouvé dans les produits de la distillation de ces urines de l'acétone et de l'alcool, et ils ont admis qu'il devait exister une substance particulière capable de se dédoubler en donnant naissance à ces deux corps, et que cette substance jouit elle-même de la propriété de se colorer en rouge par les sels de fer.

Lorsque Gerhart et ensuite Geuther eurent obtenu l'éther acétylacétique (acetessigester), ils reconnurent aussi qu'il se colore en rouge par les sels de fer et se dédouble en alcool, acétone et acide carbonique, et

ils pensent que c'est à la présence de cette substance que l'urine doit aussi la propriété de se colorer en rouge.

Hilger, en opérant sur l'urine d'une femme diabétique dont l'observation a été publiée par Drumm (*Inaugural dissertation*), chercha à extraire l'éther acétylacétique. Il ne put y parvenir en employant l'éther comme dissolvant. Il y parvint d'une manière indirecte en se servant d'une réaction donnée par Lieben et par Kramer (*Berichte der deutschen chemischen esellschaft*, t. XIII, p. 1002, 1880), et qui consiste à transformer l'acétone en iodoforme et à peser l'iodoforme. Il acidula 100 grammes d'urine avec de l'acide chlorhydrique, distilla et recueillit le premier tiers du liquide, ajouta au produit distillé de l'hydrate de potasse; il y versa une solution concentrée d'iodure de potassium ioduré, laissa reposer à une douce chaleur pendant 24 heures et pesa l'iodoforme produit. Trois molécules d'iodoforme correspondent à une molécule d'éther acétylacétique. Dans huit déterminations successives, il obtint une quantité d'iodoforme qui correspondait pour 100 d'urine de 0gr,09 à 0gr,19 0/0 d'acide acétylacétique.

En comparant les résultats obtenus, Deichmuller observa que, dans toutes les expériences, les auteurs constataient la présence de l'acétone, la recueillaient et la dosaient avec facilité, mais qu'ils n'indiquaient jamais l'alcool que comme un produit accessoire, qui ne se trouvait qu'en petite quantité, tandis qu'en réalité, dans la décomposition de l'éther acétylacétique, il se produit toujours une molécule d'alcool pour une molécule d'acétone.

Il se servit de l'urine d'un malade dont l'observation a été publiée par Ebstein (*Arch. f. kl. Med.*). Ce malade, âgé de 36 ans, avec une alimentation ordinaire, rendait 6955 centimètres cubes d'urine, 177 0/0 de sucre et 0.96 0/0 d'urée; soumis à la nourriture des diabétiques, il rendait 3660 centimètres cubes d'urine, 2.5 0/0 de sucre et 2 0/0 d'urée. La réaction avec le chlorure de fer augmentait d'intensité avec cette alimentation spéciale.

Deichmuller distilla 40 litres d'urine et recueillit seulement les 4 premiers litres. Il acidula ce produit et distilla de nouveau en recueillant le liquide jusqu'à ce qu'il n'apparût plus de gouttes huileuses et que la substance qui passait ne donnât plus aucune réaction avec l'iode et la potasse. Après plusieurs rectifications en ajoutant du carbonate de potasse, il se forma une couche huileuse qui, desséchée après un traitement méthodique par une solution de potasse, s'éleva à 22gr,5.

Pour séparer l'alcool, on traita le liquide par du chlorure de calcium sec et, après quelques jours, on soumit le tout à la distillation. Tout le liquide passa de 56 à 57°, point d'ébullition de l'acétone. L'acétone fut encore caractérisée par sa combinaison avec le bisulfite de soude et par sa densité de vapeur.

L'alcool devait être retenu par le chlorure de calcium, mais l'auteur chercha vainement à l'obtenir par la distillation. Il ne put même en constater la présence par les réactifs ordinaires; ni par l'iodure de phosphore, qui le transforme en iodure d'éthyle, ni par le bichromate de potasse et l'acide sulfurique, qui donnent de l'aldéhyde.

L'auteur conclut à l'absence complète d'alcool dans ces urines, et par suite à celle de l'éther acétylacétique. Il pense que la substance qui donne la coloration rouge est simplement l'acide acétylacétique.

Tollens a cherché de diverses manières à extraire la substance qui produit la coloration rouge sous l'influence des sels de fer, en agitant l'urine avec l'éther. L'éther évaporé donnait un résidu qui colorait à peine les sels de fer. Mais en acidulant avec l'acide sulfurique et agitant ensuite avec l'éther, ce dissolvant évaporé laissait un résidu qui colorait fortement les sels de fer, tandis que le liquide sous-jacent avait complètement perdu sa matière colorante. Cette réaction prouve donc que la coloration n'est pas due à l'éther acétylacétique. L'auteur pense aussi devoir l'attribuer à l'acide acétylacétiqne.

Rudolf de Jaksch, en étudiant cette même réaction, est arrivé à des résultats tout différents. Voici ses conclusions :

La coloration rouge que prend l'urine sous l'influence du perchlorure de fer ne tient pas seulement au coma dans lequel est le malade, car elle se trouve aussi dans le diabète en l'absence du coma et également dans le stade d'éruption de quelques exanthèmes. La matière qui se colore peut toujours être extraite par l'éther de l'urine acidulée.

La réaction de l'iodoforme proposée par Lieben n'est pas en rapport avec la présence dans l'urine d'un corps qui se colore par le perchlorure de fer. Dans les cas de diabète où cette dernière réaction manque, l'iodoforme peut cependant apparaître.

Dans tous les cas de fièvre, l'urine distillée donne la réaction de l'iodoforme, et la quantité de matière produite est en rapport avec l'intensité de la fièvre. Le diabète est une exception. E. H.

Studien über den Harnstoffpilz (Étude sur le champignon de l'urée), par Rudolf V. JAKSCH (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, t. V, p.* 395, 1881).

Conclusions :

1° Le champignon de l'urée a besoin, pour se développer, de phosphore, soufre, oxygène, potassium, magnésium, carbone et azote.

Le phosphore, le soufre et le magnésium existent à l'état de phosphate de potasse et de sulfate de magnésie.

Il prend de préférence l'azote de l'urée et le supplée quelquefois par l'azote des sels ammoniacaux, acide gras amidé, acide aspartique et asparagine, sels de l'acide oxamique, ceux de l'acide hippurique, la créatine, les peptones. Il tire son carbone des sels de l'acide acétique, lactique, succinique, malique, tartrique, citrique de la glycérine et du sucre ; au contraire, cette même action est moins prononcée avec les substances suivantes : sels des acides formique, butyrique, bases fixes, acide oxamique, sels de l'acide oxalique, sels ammoniacaux des acides formique, acétique, butyrique.

Les sels ammoniacaux des acides succinique, lactique, malique, tartrique, urique, des acides gras amidés, de l'acide aspartique et de l'asparagine, les sels de l'acide hippurique, la créatine et la peptone sont très aptes à fournir le carbone. E. HARDY.

Recherches sur l'origine de l'urée, par W. ROMMELAERE (*Annales de l'Université libre de Bruxelles*, 1880).

L'auteur discute les diverses théories émises sur le lieu de production de l'urée et donne le résultat de recherches relatives à la quantité d'urée

éliminée chaque jour dans diverses maladies (maladies dans lesquelles le foie n'est pas particulièrement intéressé, affections du foie, affections rénales).

Dans la première série, il cite : 1° 6 observations de cancer (3 cancers de l'estomac et ultérieurement du foie, 3 de l'utérus), la quantité quotidienne d'urée excrétée par les malades, âgés de 45 à 67 ans, et soumis au régime lacté, a varié entre 5gr,15 et 10gr,81, sans que la diminution fût plus notable dans les cas où le foie était compromis; 2° 13 cas de tuberculose pulmonaire, chez des sujets de 12 à 56 ans, avec une excrétion quotidienne de 5gr,2 à 14gr,88; et 7 observations qui sont distinguées, sans autre indication, sous le nom de pneumonie caséeuse, chez des individus de 21 à 45 ans, et dans lesquelles l'excrétion d'urée n'est pas diminuée (de 15gr,35 à 22gr,8).

Dans les maladies du foie, l'auteur mentionne : 1° l'ictère catarrhal : Urée = 9gr,28 à 24gr,12 (alimentation très restreinte dans quelques cas); 2° 3 cas de cirrhose, avec diverses lésions rénales concomitantes, chez des individus de 45 à 68 ans : Urée = 6gr,5 à 10gr,4; 3° un cas d'ascite par compression ou inflammation de la veine porte avec troubles digestifs graves et albuminurie : Urée = 6gr,98; 4° dans un cas analogue : Urée = 10 à 19 grammes.

De ces faits l'auteur conclut que, si l'on tient compte de l'état de la nutrition et des autres conditions qui agissent sur l'excrétion de l'urée, on ne peut considérer le foie comme l'organe où ce corps est produit.

Dans 4 cas désignés sous le nom de néphrite parenchymateuse avec albuminurie, la moyenne de l'excrétion quotidienne d'urée a varié entre 7gr,45 et 10gr,5. Dans 10 autres, qui sont désignés par le nom de néphrite caséeuse et qui ont trait, comme les précédents, à des adultes, les chiffres ont varié entre 10 et 34 grammes. L'auteur propose à ce sujet une théorie de la formation de l'urée par les cellules épithéliales des tubes rénaux, aux dépens de substances albuminoïdes contenues dans le liquide exsudé des glomérules dans la capsule de Bowman. G. HOMOLLE.

Ueber die Wirkung der Calomel auf Gährungprozesse und das Leben von Microorganismen (De l'action du calomel sur les modes de fermentation et la vie des microorganismes), par N.-P. WASSILIEFF (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. VI, p.* 112, 1882).

On sait depuis longtemps que le calomel arrête le développement des germes et les fermentations. Il empêche les putréfactions de l'albumine et du sang. Hoppe Seyler (Chimie physiologique) a reconnu l'absence de putridité dans les selles vertes des malades purgés avec ce médicament. Wassilieff s'est proposé d'étudier davantage ce dernier phénomène, de déterminer exactement l'action du calomel sur les organismes inférieurs qui sont, comme on sait, l'origine première des décompositons putrides et des fermentations.

Diverses expériences faites avec du suc gastrique obtenu en traitant la muqueuse de l'estomac d'un cochon par l'eau et l'acide chlorhydrique faible, ont montré que la présence du calomel n'empêchait en rien la digestion de la fibrine.

L'extrait aqueux de pancréas mis en digestion avec de la fibrine a

donné lieu en quelques jours à un dégagement de gaz et à des produits de putréfaction dans lesquels on a pu séparer par la distillation et des traitements appropriés du phénol, de l'indol, de la leucine, de la tyrosine et de l'acide hydroparacoumarique.

Dans les mêmes conditions mais avec addition de calomel, l'extrait de pancréas n'a donné ni fermentation putride, ni dégagement de gaz, ni phénol, ni indol, ni acide hydroparacoumarique, mais seulement une grande quantité de tyrosine et de leucine. On peut donc dire que le calomel n'empêche nullement l'action des ferments qui décomposent les matières albuminoïdes, mais qu'il rend impossible leur décomposition putride.

On eut encore la preuve de ce fait par l'observation suivante : Hüfner a montré que dans la digestion pancréatique artificielle la formation des gaz autre que l'acide carbonique, se produit seulement par suite des décompositions putrides. On reconnaît, en effet, qu'en présence du calomel la fermentation pancréatique ne donne ni hydrogène sulfuré, ni hydrogène, mais seulement de l'acide carbonique. Outre le ferment qui décompose les matières albuminoïdes, le pancréas en possède deux autres capables d'agir l'un sur les graisses, l'autre sur l'amidon. Le calomel n'entrave pas ces actions, mais il empêche toutes les fermentations putrides qui tendent à se produire en même temps.

L'auteur publie ensuite quelques recherches sur les selles obtenues avec l'emploi du calomel. Leur couleur verte fut regardée à tort par Buchheim comme due à du sulfure de mercure. Hoppe Seyler a montré qu'elle est causée par de la bile non décomposée. On peut s'assurer, en effet, que la bile mêlée avec du calomel reste plus de huit jours sans se décomposer et garde pendant tout le temps la propriété de produire la réaction de Gmelin, tandis que la bile pure abandonnée à elle-même ne donne plus la réaction de Gmelin, dès le troisième jour, et ne tarde pas à se putréfier.

Sous l'influence du calomel la bile traverse tout le canal intestinal sans subir de changement, elle ne disparaît pas en se transformant en hydrobilirulose comme lorsqu'il y a des fermentations putrides dans l'intestin, et elle se retrouve tout entière dans les selles non décomposées. E. M.

Sur le dosage volumétrique du phénol, par Pietro GIACOSA (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. VI, p.* 43, 1882).

Le dosage de l'acide phénique dans l'urine et les divers liquides de l'organisme se fait généralement par la méthode proposée par Landolt. Elle consiste à précipiter le phénol par l'eau de brome à l'état de trinitrophénol, à recueillir le précipité sur un filtre, laver pour chasser l'excès de brome et à peser après l'avoir desséché sur l'acide sulfurique.

Cette méthode est longue. Koppeskaar a utilisé la même réaction pour un dosage volumétrique. Il a employé deux méthodes. La première consiste dans la précipitation du phénol par un excédent d'eau de brome de titre donné, suivie du dosage du brome qui reste libre dans la solution; la seconde, plus exacte encore, se fonde sur la propriété que possède un mélange de bromate et de bromure de potassium de dégager du brome en présence de l'acide chlorhydrique. Ce brome, en agissant à l'état

naissant sur l'acide phénique, le précipite en entier, et l'excès de brome est dosé, comme dans le premier cas, avec de l'hyposulfite de soude.

L'auteur a modifié cette méthode. Il emploie une eau bromée titrée non au moyen de l'hyposulfite de soude, mais à l'aide d'une solution d'acide phénique d'un titre donné. Il prend 20 ou 25 centimètres cubes d'eau de brome, la verse dans un petit ballon de 100 centimètres cubes dont le bouchon percé laisse pénétrer un petit tube de verre qui termine la burette contenant une solution d'acide phénique. La solution, en tombant, forme un trouble laiteux qui ne tarde pas à se déposer au fond, et le liquide devient limpide; on arrête alors l'opération et on essaye une goutte du liquide avec une solution amidonnée d'iodure de potassium. Dès que la solution est saturée, il ne se produit plus de coloration bleue.

Cette méthode peut être appliquée pour le dosage du phénol dans l'urine. On commence par en distiller un volume déterminé avec de l'acide sulfurique, et on dose approximativement avec une solution d'acide phénique. Puis, on fait ensuite un dosage exact en se servant de la solution normale d'acide phénique qui convient le mieux pour doser l'eau de brome; si, par exemple, on a trouvé que le liquide distillé renferme moins de 1 0/0 et plus de 0.5 0/0 de phénol, on emploiera pour doser l'eau de brome une solution de 0.5 0/0 de phénol, car, entre ces limites, la proportionnalité entre les quantités de solution phéniquée nécessaires pour précipiter la même eau de brome, se maintient exacte.

Pour les charpies et les gazes phéniquées, le lavage à l'eau ne peut pas se faire sans perte. Il vaut mieux introduire une quantité pesée de charpie ou de gaze dans un tube à chlorure de calcium droit que l'on met en communication d'un côté avec un gros ballon rempli d'eau légèrement acidulée avec de l'acide chlorhydrique, et de l'autre avec un réfrigérant de Liebig. On fait bouillir l'eau dans le ballon; les vapeurs entraînent tout le phénol, qui passe dans le ballon et s'y solidifie. On le dose comme on l'a dit plus haut. E. HARDY.

Sopra una reazione atta a scuoprire la presenza del fenolo nell'orina (Sur une réaction capable de déceler la présence du phénol dans l'urine), par Tommaso TOMMASI et Donato TOMMASI (*L'Imparziale*, *n°* 12, *p.* 358, 30 *juin* 1881).

D'après les auteurs, parmi les diverses réactions indiquées comme aptes à déceler la présence du phénol, spécialement dans l'urine, celle qui se développe sur le bois de sapin est en réalité la meilleure et la plus sensible. Après le sapin viennent le cyprès et le peuplier.

Parmi les diverses solutions d'acide chlorhydrique, celle qui peut le mieux mettre en évidence la réaction en question, est la suivante :

Acide chlorhydrique. . . .	50 centimètres cubes.
Eau distilllée.	50 — —
Chlorate de potasse. . . .	20 centigrammes.

(On verra plus loin la raison de cette addition de chlorate de potasse à la solution.)

Pour procéder à l'examen de l'urine, on met de 20 à 25 centimètres cubes d'urine dans une bouteille bouchée à l'émeri, en y ajoutant autant de centimètres cubes d'éther. Après avoir agité ce mélange pen-

dant quelques minutes, on décante l'éther et on le recueille dans un petit verre conique, à moins qu'on ne préfère le verser lentement sur un morceau assez grand de bois de sapin qui l'absorbe peu à peu. Dans le premier cas, on plonge dans le verre conique une baguette de sapin, et on l'y laisse jusqu'à ce qu'elle ait absorbé une assez grande quantité d'éther.

Dans un cas ou dans l'autre, on prend la baguette ou le morceau de sapin et on le plonge rapidement dans la solution d'acide chlorhydrique, en ayant soin de faire un essai témoin avec un autre morceau ou baguette de sapin, plongée seulement dans une autre partie de la solution d'acide chlorhydrique.

A peine sorties de cette solution, les deux baguettes sont exposées à l'action directe du soleil, qui, en cinq minutes environ, développe la couleur bleue caractéristique sur la baguette plongée dans l'éther, s'il y avait du phénol dans l'urine ; tandis que sur l'autre baguette, ou s'il n'y avait pas de phénol, on n'observe aucune coloration ou tout au plus une légère teinte gris-verdâtre, tout à fait différente de la couleur bleue due au phénol.

La sensibilité de cette réaction est assez grande puisqu'elle est capable de révéler la présence de 1/6000 de phénol dans l'eau ou dans l'urine.

Cette réaction est non seulement sensible aux petites quantités de phénol, mais elle se rencontre encore dans les urines émises depuis très longtemps, comme les auteurs ont pu l'oberver pour de l'urine conservée dans le laboratoire d'anatomie pathologique depuis dix ans, et provenant d'un individu qui avait fait usage de compresses phéniquées sur la jambe.

La coloration bleue disparaît au bout de quelques heures et il n'en reste que des traces sur les faces latérales de la baguette; elle ne reparaît pas par une nouvelle exposition au soleil.

Voici la raison pour laquelle les auteurs ont ajouté le chlorate de potasse à la solution d'acide chlorhydrique. Ils avaient observé que la solution acide la plus apte à développer la coloration bleue caractéristique devait être ainsi composée :

Acide chlorhydrique.	3 parties.
Eau distillée	1 partie.

Cette solution, d'une part, développe bien une belle coloration bleue quand le phénol existe, mais, d'autre part, elle a l'inconvénient de donner lieu à une coloration verdâtre sur les morceaux de bois témoins, ce qu embarrasse beaucoup l'observateur surtout quand il se trouve en présence de petites quantités de phénol.

C'est pourquoi on a ajouté un peu de chlorate de potasse qui, par la réaction qu'il détermine dans la solution d'acide chlorhydrique en parties égales, en rend l'activité plus grande, et ne donne pas lieu à la coloration verdâtre sus-mentionnée, quand il n'y a pas de phénol.

La solution se fait en ajoutant le chlorate dans l'eau, puis l'acide chlorhydrique, sans attendre que la solution du sel soit complète. (Pour avoir une bonne réaction, il faut préparer la solution chaque fois qu'on veut 'en servir).

Pendant l'exposition de la baguette au soleil, il est bon de surveiller a réaction, parce que celle-ci, après avoir atteint son maximum d'intensité, diminue ensuite graduellement. L.-H. PETIT.

Notes on pathology of the urine : Sulphuretted hydrogen and ammonia in urine, par Ch. CAMERON (*The Lancet, vol. II, p.* 766, 1880).

Un homme à la fleur de l'âge et de vie active se plaignait depuis plusieurs années de lassitudes, de malaise et parfois d'inappétence, sans toutefois être retenu à la chambre. L'examen des urines révélait une altération toute particulière et dont l'auteur ne connaît aucun autre exemple : la couleur, la densité, la proportion d'urée et des divers sels étaient normales, mais il existait une sensible quantité d'hydrogène sulfuré, et cela au moment même de l'émission des urines. Cet état, qui durait plus de deux ans, fit place à une urine ammoniacale qui persista non moins longtemps. Finalement la sécrétion redevenait normale.

Il n'est pas fait mention de la thérapeutique employée.

La sueur de ce malade ne renfermait pas d'hydrogène sulfuré.

Un cas absolument différent se présentait vers la même époque chez une jeune femme dont la peau exhalait une forte odeur d'hydrogène sulfuré, décelé d'ailleurs par les réactifs appropriés, tandis que l'urine n'en offrait pas trace. La guérison survenait au bout de trois ans. V. CAMPENON.

Untersuchungen über das Mucin der Galle und das der Submaxillardrüse (Recherches sur la mucine de la bile et de la glande sous-maxillaire), par H.-A. LANDWEHR (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. V, p.* 371, 1881).

Les propriétés de la mucine et sa composition élémentaire ne sont pas encore parfaitement établies. La mucine est toujours mêlée avec des substances albuminoïdes. Pour les séparer on emploie généralement le procédé suivant : on dissout les deux corps dans l'eau de chaux, et on ajoute de l'acide acétique. Les matières albuminoïdes, le sérum, la fibrine qui s'étaient dissous dans l'eau de chaux, en formant de l'albuminate de chaux, se précipitent et se redissolvent dans un excès d'acide acétique, ce dernier est ensuite entraîné par des lavages suffisamment prolongés.

Aucune recherche depuis Berzélius n'a d'ailleurs été faite sur la mucine de la bile exempte d'albumine.

Pour préparer la mucine, l'auteur se servit de bile humaine précipitée depuis longtemps par l'alcool. Ce précipité ne se dissolvait pas dans l'eau de chaux ; il devenait visqueux, puis se dissolvait dans les solutions de soude, et se comportait dans toutes ses réactions comme un albuminate alcalin. Ainsi l'acide acétique le précipitait de ses solutions, et le moindre excès d'acide redissolvait le précipité, etc. Ces résultats amenèrent l'auteur à penser que la mucine de la bile se transforme sous l'influence de l'alcool en albumine coagulée ; celle-ci passe ensuite à l'état d'albuminate et de syntonine.

La mucine de la bile fraîche de bœuf précipitée par l'alcool, et reprise ensuite par l'eau de chaux, se dissout en si faible proportion, qu'elle ne donne même pas de trouble par l'addition d'acide acétique.

Landwehr a obtenu un meilleur résultat en employant le procédé suivant pour obtenir la mucine de la bile : on filtre la bile pour enlever les cellules épithéliales, et on la recueille dans une large capsule, on ajoute de l'acide acétique en remuant avec une baguette de verre, et on con-

tinue à agiter ainsi la masse du liquide jusqu'à ce que la mucine qui se précipite soit devenue adhérente à la baguette, tandis que les acides biliaires qui se précipitent en même temps, se déposent sur les parois de la capsule. On enlève ensuite la baguette et la mucine adhérente, et on la lave dans une autre capsule qui contient de l'eau acidulée avec de l'acide acétique, et on continue ces lavages jusqu'à ce que les acides biliaires soient complètement séparés. On dissout ensuite la mucine dans une solution de carbonate de soude à 2 0/0, on filtre, et dans la solution on précipite la mucine par l'acide acétique.

On obtient la mucine de la glande sous-maxillaire, en coupant la glande en petits fragments, en ajoutant un peu d'eau, et en pressant à travers un linge, puis on ajoute de l'acide acétique, et on continue la préparation comme pour la mucine de la bile.

L'auteur a résumé ses recherches sur la mucine dans les propositions suivantes :

1° Le désaccord qui règne sur l'analyse de la mucine, tient au mélange de la mucine, non pas toujours avec des matières albuminoïdes ; mais chez les animaux inférieurs, avec une substance semblable au glycogène, et chez les autres, avec une substance encore inconnue qui, par l'ébullition avec les acides, prend les caractères d'une matière réductrice;

2° La meilleur manière de préparer la mucine de la bile, consiste à la précipiter par l'acide acétique, redissoudre dans une solution de soude et précipiter de nouveau par l'acide acétique;

3° La mucine contient du soufre, et une plus grande quantité d'azote qu'on ne l'admet généralement;

4° La substance réductrice n'est pas un produit de dédoublement de la mucine, mais une substance particulière qui se précipite avec elle ;

5° La mucine se transforme par la précipitation avec l'alcool, le chauffage avec de l'eau, ou l'action de la chaleur en albumine coagulée;

6° On peut par l'action des alcalis ou de l'eau de chaux, la transformer en albumine, et par celle des acides en syntonine ;

7° Le ferro-cyanure de potassium, ni les sels métalliques lourds ne troublent pas la solution de mucine, l'acide phosphomolybdique ni l'iodure de mercure et de potassium ne la précipitent pas de ses solutions acétiques ou chorhydriques ;

8° Le tannin précipite les solutions acétiques ;

9° L'acétate basique de plomb et l'ammoniaque précipitent la mucine ;

10° Les sels neutres augmentent la solubilité de la mucine aussi bien en solution acide qu'en solution alcaline. E. H.

Zur Constitution des Chitins (Sur la constitution de la chitine), par Ernst-E. SUNDWIK (*Zeitschrift für physiologische Chemie, t. VI, p.* 384, 1881).

Schmidt et Berthelot ont reconnu que la chitine avait les caractères d'un glucoside. Stadeler a émis la même opinion d'une manière encore plus affirmative. Ces auteurs ont constaté, en effet, que la chitine se dédoublait en présence des acides, en donnant un sucre fermentescible réduisant mal les solutions des sels de cuivre.

Schmidt a regardé la chitine comme formée par une combinaison de sucre et de matières albuminoïdes, Berthelot comme formée de tumine unie à une matière cornée, Stadeler comme résultant de l'union d'une matière sucrée avec une substance azotée, probablement de lactamide. Ledderhose a établi depuis que cette substance réductrice devait être regardée comme un dérivé azoté de la glucose, ayant beaucoup de caractères communs avec le sucre de raisin, particulièrement le pouvoir rotatoire droit, et la même action réductrice. Il la nomme glycosamine et lui donne pour formule : $C^6H^{13}AzO^5$ ou $CH^2AzH^2(CH.OH)^4COH$.

La chitine, en se dédoublant par les acides, donne de la glycosamine, une petite quantité d'acide gras, acétique et butyrique. Ledderhose représente la chitine par la formule : $C^{15}H^{26}Az^2O^{10}$, et la décomposition par la formule :

$$2C^{15}H^{26}Az^2O^{10} + 6H^2O \quad 4C^6H^{13}AzO^5 + 3C^2H^4O^2.$$

Contrairement à cette opinion, dans laquelle la chitine est regardée comme un glucoside, l'auteur pense qu'elle est une amine dérivée d'un hydrate de carbone de la formule : $C^{12}H^{20}O^{10}$.

Il admet pour la chitine la formule : $C^{60}H^{100}Az^8O^{38}$ et en représente le dédoublement comme il suit :

$$C^{60}H^{100}Az^8O^{38} + 14H^2O = 8C^6H^{13}AzO^5 + C^6H^{12}O^6.$$

E. HARDY.

Der Eisengehalt in Leber und Milz nach verschiedenen Krankheiten (La proportion du fer dans le foie et la rate après diverses maladies), par Hans STAHEL (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, *t. LXXXV*, *p.* 26).

L'auteur a trouvé dans le foie d'un anémique, pour 100 grammes de substance sèche, une quantité de 0gr,614 de fer, soit deux fois plus que dans le sang et six fois plus que dans la rate qui en contenait 0gr,091. D'après d'autres recherches du même auteur, la quantité normale de fer contenue dans le foie varie de 0gr,167 à 0gr,201 et, dans la rate, de 0gr,217 à 0gr,268. Dans trois cas seulement (ascite, anémie, leucémie) l'auteur a trouvé plus de fer dans le foie que dans la rate; dans deux cas (anémie, fracture du crâne), le fer était plus abondant dans le foie que dans le sang.

E. B.

Note sur la glycosurie, par A. DUHOMME (*Bullet. gén. de thérap.*, *p.* 124, *août* 1880).

M. Duhomme a reconnu que l'urine renferme normalement une faible quantité de sucre. Sa propre urine en contient habituellement de 1 à 3 grammes environ par litre. Le maximum observé a été de 7 grammes, et ce maximum s'est montré invariable, même sous l'influence « de véritables débauches de féculents ». Il existerait donc un maximum individuel. Un fait semble le démontrer : des diabétiques peuvent consommer une grande quantité de féculents sans que le taux du sucre augmente dans leurs urines.

A. MATHIEU.

Recherches sur les substances albuminoïdes du sérum sanguin (deuxième partie), par L. FRÉDÉRICQ (*Archives de biologie, t. II, fasc.* 3, 1881).

Dans un précédent mémoire (Voir *R. S. M.*, XVIII, 33), l'auteur a démontré que les deux substances albuminoïdes qui existent en quantité notable dans le sérum sanguin, l'albumine et la paraglobuline possèdent un pouvoir rotatoire spécifique très différent, et que le pouvoir rotatoire du sérum du lapin, du bœuf et du cheval représente exactement la somme des rotations produites par ces deux substances. Sa méthode de dosage des albuminoïdes par circumpolarisation appliquée au sang du chien a donné des chiffres notablement inférieurs à ceux des pesées directes. En recherchant la cause de cette différence, l'auteur a trouvé que l'albumine du sang de chien est une substance optiquement différente de celle du sang de lapin, de bœuf et de cheval; tandis que cette dernière a un pouvoir rotatoire de $\alpha D = -57°,3$, celle du chien a un pouvoir dont la valeur est $\alpha D = -44°$. F. HENNEGUY.

Hämoglobinausscheidung in der Niere (Excrétion de l'hémoglobine par le rein), par H.-Bridges ADAMS (*Berner Dissert., Leipzig*, 1880; *anal. in Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 13, 1881).

L'auteur a fait, sous la direction de Cohnheim et de Weigert, une série de recherches pour reconnaître si le sulfate d'indigo sodique et d'autres substances sont éliminées par les cellules des canaux contournés ou dans la capsule de Bowman. Les reins ont été durcis par la coction, suivant le procédé de Posner; la présence de la graisse a été déterminée au moyen de l'imprégnation osmique.

L'hémoglobinurie était provoquée par des injections de glycérine sous la peau, de bile dans le sang, sous la peau ou dans la cavité péritonéale, d'éther dans l'artère fémorale, d'eau dans la carotide, ou enfin de sang successivement congelé et dégelé dans le péritoine. Dans tous les cas, on trouva de l'hémoglobine dans les capsules et dans les canaux urinifères, mais dans des portions variables de ces derniers, suivant la durée de l'hémoglobinurie.

L'excrétion de graisse était obtenue par l'injection de lait dans la carotide ou le péritoine. On ne trouvait dans les capsules que de rares gouttelettes graisseuses, tandis que l'on voyait des gouttes nombreuses disposées en séries dans les canaux droits.

L'albuminurie était provoquée par l'injection d'albumine d'œuf dans la carotide ou dans le péritoine. Dans aucune des six expériences, on ne put s'assurer de la présence de l'albumine dans les capsules.

G. HOMOLLE.

Ueber einige neue Gehirnstoffe (Sur quelques nouveaux éléments du cerveau), par Eugen PARCUS (*Journal für praktische Chemie, t. XXIV, p.* 310, 1881).

Des cerveaux de bœuf bien privés de sang sont lavés plusieurs fois avec de l'eau froide, comprimés dans des sacs de laine et portés à l'ébullition avec de l'eau de baryte concentrée. On laisse reposer jusqu'à ce que tout le coagulum soit rassemblé sur les parois du vase. Si le liquide

est clair, l'opération est terminée ; s'il reste trouble, on doit recommencer l'ébullition avec de l'eau de baryte. On filtre. On lave le précipité avec de l'eau bouillante. On dessèche et on épuise avec de l'alcool absolu dans un appareil à reflux en agitant constamment. On filtre chaud et on répète 4 ou 5 fois le même traitement. Par le refroidissement il se dépose un mélange de cérébrine et de cholestérine. On enlève cette dernière substance en traitant par de l'éther froid, puis on épuise avec de l'éther chaud dans un appareil à extraction et on répète plusieurs fois ce traitement. On obtient par le refroidissement un dépôt blanc floconneux de cérébrine. 90 cerveaux de bœufs donnent environ 250 grammes de cérébrine. On la purifie par une cristallisation dans l'alcool à 60°.

Les eaux-mères contiennent une grande quantité d'une matière visqueuse qui se dépose en 2 fois, l'une par évaporation et le refroidissement, l'autre par la dessiccation sur l'acide sulfurique. Parcus les désigne sous le nom de partie D et partie M. Elles ont d'ailleurs la même composition et sont formées de 3 substances : *cérébrine, homocérébrine* et *encéphaline*. La cérébrine est séparée par l'éther, dans lequel elle est complètement insoluble ; elle se trouve surtout dans la partie M, mêlée avec de l'homocérébrine. L'homocérébrine et l'encéphaline se séparent par un traitement par l'acétone, qui dissout seulement l'homocérébrine. Ces deux substances se trouvent surtout dans la partie D.

Cérébrine.—La cérébrine pure est une substance d'un blanc de neige, soluble dans l'alcool d'où elle se dépose en poudre cristalline, dans l'acétone, le chloroforme, le benzol, insoluble dans l'éther. Elle fond sans se décomposer, commence à brunir à 145° et se détruit à 170°.

Elle se combine avec les bases et les alcalis et possède une réaction neutre.

Elle donne par l'ébullition avec l'acide chlorhydrique et l'eau de baryte des produits que l'auteur se propose d'examiner plus tard.

Bouillie avec l'acide chlorhydrique, elle produit du sucre.

Homocérébrine. — L'homocérébrine n'existe dans le cerveau qu'en plus petite quantité que la cérébrine, le quart environ. Elle se dissout dans tous les dissolvants de la cérébrine, et aussi dans l'éther. Bouillie avec l'acide chlorhydrique, elle réduit les solutions alcalines des sels de cuivre. Ses solutions sont neutres ; elle se décompose par la chaleur à une température plus basse que la cérébrine, vers 130°. Elle se dépose de ses solutions alcooliques en formant une masse difficile à pulvériser.

Encéphaline. — L'encéphaline se rapproche beaucoup par ses caractères de la cérébrine. Elle se décompose à 125°. Elle donne par l'ébullition avec l'acide chlorhydrique une substance qui réduit les sels de cuivre.

En résumé, ces recherches prouvent que la cérébrine cristallisée dans l'alcool ne possède pas d'azote et qu'elle a les caractères que lui avait attribués Müller, que les cérébrines décrites plus tard sont un mélange de trois substances : la cérébrine, l'homocérébrine et l'encéphaline. Voici les résultats des analyses :

	Cérébrine.	Homocérébrine.	Encéphaline.
C	69,08	70,06	68,40.
H	11,47	11,59	11,60.
Az	2,13	2,23	3,09.
O	17,32	16,11	16, 9.

E. HARDY.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

MONSTRUOSITÉS ET MALFORMATIONS.

I. — Die Missbildungen des Menschen (Les malformations de l'homme), par F. AHLFELD (*Leipzig*, 1880).

II. — Twin monster, par CHALMERS et Mac LAURIN (*London obst. Transact.*, *vol. XXII*, *p.* 156).

III. — Double monster, par GODSON et MURPHY (*Ibid.*, *p.* 109).

IV. — The conjoined twins, Rozalie and Josepha Blazet from Bohemia, par PLAYFAIR (*Ibid.*, *p.* 265).

V. — Monstre jumeau à une seule tête, par Harvey HILLIARD (*Ibid.*, *p.* 3).

VI. — Description of a double-headed human female monster born at the full term of gestation, par EVE (*Ibid.*, *p.* 74).

VII. — Acephalus monobrachius, par FELSENREICH et HOLL (*Wiener med. Jahrb.*, *p.* 171, 1880).

VIII. — Description d'un monstre céboccéphale, par WILLE (*Correspond.-Blatt f. schw. Aerzte*, 15 *mars* 1880).

IX. — Sur une difformité rare de la tête et de l'encéphale, par BIMAR (*Gazette hebd. de Montpellier*, *n*os 15, 17, 1881).

X. — Fall von Enkephalokele posterior von ungewöhnlicher Grösse (Encéphalocèle d'un volume exceptionnel), par SÄNGER (*Archiv für Gynækol.*, *Band XIV*, *Heft* 2).

XI. — Large encephalocele, par GODSON et EVE (*London obst. Transact.*, *vol. XXII*, *p.* 131).

XII. — Hydrocephalic child, par Mat. DUNCAN (*Ibid.*, *p.* 238).

XIII. — An encephaloid monster, par James CULVER (*Ibid.*, *p.* 241).

XIV. — Beitrag zur Casuistik der menschlichen Missgeburten (Des monstruosités humaines), par Ernst MÜLLER (*Archiv für Gynækol.*, *Band XVII*, *Heft* 2, *p.* 298).

XV. — Meningocele, par J.-W. ANDERSON (*Edinb. med. journ.*, *mars* 1881).

XVI. — Case of congenital absence of one olfactory bulb, par T.-Claye SHAW (*St-Bartholom. hosp. Rep.*, *XVI*, *p.* 283).

XVII. — Bec-de-lièvre rare chez un monstre anencéphalien, par LANNELONGUE (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 483, 1881).

XVIII. — Congenital deformity of the lower lip (lèvre inférieure), par Edw. HAMILTON (*Dublin journ.*, *of med. sc.*, *juillet* 1881).

XIX. — Machoire inférieure asymétrique par développement exagéré de la

moitié gauche du maxillaire, par BUSCH (*Berliner klin. Wochensch., p.* 127, 1er *mars* 1880).

I. — Dans l'étude des origines de la monstruosité double, Ahlfeld rejette la théorie de la dualité primitive; les monstres doubles ne proviennent pas de la soudure de deux embryons mais bien d'une scission, d'une division d'un emplacement unique, division qui a lieu avant la différenciation des cellules et qui est sollicitée par une pression extérieure.

Lémery admettait l'action d'une pression extérieure pour expliquer la soudure de deux œufs primitivement séparés; Ahlfeld fait intervenir cette même action, mais avec des résultats opposés.

L'agent de la compression serait la zona pellucida qui, en exerçant une pression sur le rudiment de l'embryon, forcerait les cellules qui le composent à s'écarter de façon à former deux petits groupes qui deviendraient, tous deux, le centre de formation de deux embryons distincts. Lorsque la division est complète, les embryons évoluent d'une façon indépendante; lorsqu'elle est incomplète, les embryons restent unis dans une partie de leur étendue, par leurs extrémités caudale ou céphalique et divergent au niveau de l'extrémité opposée. L'auteur croit que la forme sphérique de la vésicule blastodermique est propre à faciliter l'éloignement, l'écartement des parties ainsi séparées.

Ahlfeld divise les monstres doubles en deux grandes classes. Dans la première entrent les monstres doubles produits par division du germe non encore différencié; elle comprend trois subdivisions : monstres par division totale, monstres par scission partielle, monstres par scissions multiples. La deuxième classe contient les monstres qui reconnaissent pour cause une division des emplacements, non encore différenciés, des organes seulement : elle comprend les organes doubles, les polymasties, etc. ASSAKY.

II. — Ce monstre était né au septième mois. Il n'avait qu'une seule tête, la face regardait de côté; la cavité buccale aboutissait à deux gorges. Les cous et les corps, ces derniers du sexe féminin, bien conformés, ayant chacun leurs membres complets, étaient réunis en avant par les téguments, jusqu'à l'ombilic, qui était commun. L'accouchement s'était fait par les pieds, d'une façon satisfaisante, sans nécessiter d'intervention. La mère avait eu antérieurement un enfant bien conformé.

III. — Ce monstre est constitué par deux enfants presque parfaits, du sexe féminin, réunis par le thorax et la partie supérieure de l'abdomen, la peau de l'un se continuant avec la peau de l'autre. Chaque enfant est complet, excepté à la partie inférieure de l'abdomen, où font défaut les téguments et les muscles, de sorte que les intestins ne sont recouverts que par le péritoine, sur lequel est fixé le cordon ombilical, qui est unique.

IV. — Ces enfants sont nés en janvier 1878, d'une mère bien portante, âgée de 23 ans. Ils appartiennent à la 2e des 4 classes établies par l'auteur, pour les monstruosités doubles (dans un travail publié dans le 8e volume des *Transactions*), caractérisée par « deux corps presque entièrement séparés, réunis dos à dos par le sacrum et la partie inférieure de la colonne vertébrale ». A la partie inférieure de la région lombaire existe une large et solide union osseuse, les bassins étant évidemment fusionnés dans leur totalité. Il y a deux grandes lèvres, un seul orifice urétral, un seul orifice anal. Il existe deux orifices vaginaux séparés par une cloison apparente. Les sensations sont absolument distinctes, excepté au niveau de la réunion des bassins où les impressions tactiles sont communes. Il y a un aplatissement

singulier des surfaces internes des cuisses là où elles paraissent avoir été en contact dans l'utérus. L'accouchement s'était fait très facilement, suivant le mécanisme ordinaire dans cette variété peu commune de monstre double et comme il s'était fait dans les trois cas cités par l'auteur dans le travail rappelé plus haut : il y avait eu sortie naturelle d'une tête et d'une épaule, puis expulsion de 4 pieds par une sorte d'évolution spontanée, les épaules et la tête du 2e enfant sortant en dernier lieu. La mère n'avait pas été plus d'un quart d'heure en travail.

V. — Les corps de ce monstre étaient réunis jusqu'à l'ombilic qui était unique et ce n'est qu'en dessous de cet anneau qu'ils se séparaient pour devenir parfaitement distincts. Il n'y avait sur les quatre épaules qu'une seule tête, dont la seule particularité était de présenter une troisième oreille entre deux os occipitaux. L'accouchement avait eu lieu au 7e mois, sans difficulté, quoique la tête qui se présentait, avait été retenue assez longtemps au détroit inférieur. La mère avait eu antérieurement trois enfants, dont le second était né avec une hydrocéphalie et le troisième avec un hypospadias.

VI. — Ce monstre appartient à la variété *dicephalus dibrachius dianchenos* de Förster, *dicephalus bispinalis* de Gurlt. Il a deux têtes bien développées, deux colonnes vertébrales bien distinctes dans toute leur longueur, deux sacrum normaux placés à côté l'un de l'autre; deux os iliaques, de dimensions ordinaires, complètent le bassin. Pas d'extrémité inférieure médiane.

L'extrémité supérieure médiane est représentée par deux omoplates réunies ensemble, présentant une épine médiane et une seule cavité glénoïde surmontée de deux acromions recourbés. Une clavicule double et soudée s'articule avec cette cavité glénoïde d'une part, avec le sternum d'autre part. Les muscles trapèze et rhomboïde correspondants formaient, avant la dissection, une bosse à la partie inférieure du dos, entre les deux fœtus.

La cavité thoracique volumineuse est commune; elle est limitée en avant par un sternum unique auquel s'attachent les clavicules et les côtes, comme d'ordinaire. Sur la paroi postérieure, entre les colonnes vertébrales, se voient de petits os disposés comme les côtes et s'articulant de chaque côté avec les vertèbres. La moitié droite du diaphragme manque, ce qui a permis à quelques viscères abdominaux de pénétrer dans la cavité thoracique.

Les deux cœurs sont réunis. Une cavité, de dimensions considérables, dans laquelle se rendent deux grosses veines qui correspondent aux veines cave, inférieure et supérieure, représente une oreillette commune qui communique avec le ventricule droit du cœur gauche par une ouverture munie d'une seule valvule antérieure volumineuse. A part cela le cœur gauche est normal; son oreillette gauche, qui ne reçoit que le sang de la paire gauche des poumons, est séparée de l'oreillette commune par une mince cloison perforée. L'aorte et ses branches ainsi que les artères pulmonaires de ce côté sont aussi normales.

Le cœur droit attaché au cœur gauche est constitué par un seul petit ventricule qui communique avec l'oreille commune par une large ouverture à une seule valvule. Un vestige de cloison interventriculaire fait une légère saillie sur sa paroi. De sa partie supérieure se détache un tube musculaire, d'environ un demi-pouce de long et du volume d'un crayon d'ardoise, qui s'y ouvre par deux petits orifices inégaux dépourvus de valvules, puis se dirige en haut et à droite et donne naissance côte à côte à l'aorte et aux artères pulmonaires, qui sont pourvues de valvules. Près du milieu de la paroi postérieure du tube se voient trois plis parallèles qui paraissent être des vestiges de valvules. Cette aorte droite incline d'abord à droite; puis, après avoir fourni un canal artériel extrêmement petit, les deux carotides et une seule sous-clavière, la droite, rejoignent en bas l'aorte gauche pour former un tronc commun. Il n'y a pas trace de sous-clavière gauche de ce côté. Les deux paires

de poumons se voient sur les côtés des épines dorsales, mais il n'existe qu'une seule cavité pleurale commune.

Les deux tubes digestifs restent nettement séparés ainsi que leurs annexes jusqu'aux duodénums, qui se réunissent au-dessous du foie, pour former un seul intestin grêle et gros intestin. Tout l'intestin grêle ainsi que l'estomac, la rate et le pancréas droits se trouvent dans la cavité pleurale droite, comme il a été dit plus haut. L'estomac, la rate et le pancréas gauches occupent leur position habituelle au-dessous du diaphragme.

Les foies sont réunis, mais par une mince bande de tissu hépatique seulement; la partie droite se trouve dans la cavité thoracique ainsi que deux petits lobes supplémentaires attachés au foie gauche par des pédicules qui passent en arrière du diaphragme. Un seul canal biliaire se jette dans les duodénums, après leur réunion. Le fond de la vésicule biliaire est bifide. Les organes génito-urinaires sont bien développés ; ils ne sont pas doubles. Les deux moelles épinières sont parfaitement distinctes et émettent des nerfs de chaque côté. J. CARRIÈRE.

VII. — Il s'agit d'un monstre omphalosite acéphale n'ayant qu'un seul bras, d'un de ces monstres qui forment le passage des acéphales aux péracéphales (Is. Geoffr. St-Hilaire). Ce monstre est, en outre, remarquable par ses connexions vasculaires; de l'omphalosite acardiaque, se détachent une artère et une veine qui vont se jeter non dans le placenta, mais dans le système vasculaire du jumeau. Ils sont renfermés tous deux dans un chorion et un amnios communs. ASSAKY.

VIII. — Enfant pesant cinq livres, mort âgé de trois semaines. Crâne petit, grands yeux, nez aplati sans trace de cloison; fissure de la lèvre supérieure et gueule de loup ; fonctions organiques normales.

Circonférence horizontale du crâne de 24 centimètres: soudure complète des sutures, absence des fontanelles. La base du crâne ne présente que deux fosses; absence de l'ethmoïde; selle turcique à peine marquée. Manque absolu de l'intermaxillaire et de la cloison osseuse des fosses nasales. La dure mère ne présente aucune trace de ses prolongements habituels; en arrière, le sinus longitudinal se bifurque.

Le cerveau n'est pas divisé; les sillons ne sont appréciables qu'à sa portion moyenne. Couche optique très volumineuse. Au côté droit, la face inférieure du cerveau montre des vestiges de lobes.

Dans sa totalité, le cerveau constitue une cavité unique enveloppant la couche optique. De celle-ci, on voit se diriger en forme de voûte, d'abord en arrière puis en dehors, un cordon de fibres qui se termine dans un corps cunéiforme contre lequel est adossé un deuxième corps analogue. Absence de lobes et des bandelettes olfactifs. Traces de la scissure de Sylvius et de la circonvolution du corps calleux.

Les corps cunéiformes doivent être regardés comme le corps strié et la corne d'Ammon auxquels vient aboutir le cordon qui n'est autre que le trigone. Pyramides peu développées à l'inverse du vermis et des corps restiformes.

Cette monstruosité tient à un arrêt de développement du cerveau survenu dès les premiers temps (4 à 6 semaines) du développement embryonnaire.

La vésicule hémisphérique n'a pu se segmenter en deux, faute de faux cérébrale. L'absence de corps calleux et de cloison transparente a entraîné celle du lobe occipital. La soudure et l'ossification des sutures crâniennes ont arrêté le développement ultérieur du cerveau et conduit à la microcéphalie.

La mère faisait remonter l'origine de cette monstruosité à la frayeur

qu'elle avait éprouvée à la vue d'un homme qui paraissait n'avoir pas de nez.

Wille admet la possibilité de cette cause efficiente, laquelle, chez des personnes impressionnables, déterminerait soit des troubles vasomoteurs amenant un défaut de nutrition dans certaines parties de l'embryon, soit des tiraillements intra-utérins, dont Dareste (*R. S. M.*, III, 564) a montré l'influence sur la genèse des arrêts de développement. J. B.

IX. — Chez une femme de 50 ans, morte des suites d'une diarrhée, on trouva les difformités suivantes siégeant à la tête, intéressant la région nasale, le crâne et le cerveau. Les autres parties du corps étaient normalement conformées.

Face. — La face présentait dans son ensemble une largeur considérable; elle offrait à peu près en son milieu, une dépression médiane séparant deux proéminences, qui ressemblaient tout à fait au premier examen à 2 nez séparés et distincts. La voûte du crâne était aplatie; le front saillant, la bouche élargie, la lèvre supérieure projetée en avant. L'écartement des yeux ne mesurait pas moins de 7 centimètres, distance prise entre les angles internes. Il était dû à la fois à l'excès de développement de la bosse frontale moyenne et à l'écartement des deux proéminences nasales. En ouvrant la bouche du sujet, on constatait l'existence de six dents incisives supérieures dont trois petites et en partie cariées. La voûte palatine présentait une rainure ou gouttière antéro-postérieure et médiane. La luette était petite et entièrement bifide.

Existait-il réellement deux nez chez cette femme ou bien n'y avait-il là qu'une simple division de cet organe? La question n'est pas aussi simple qu'elle paraissait à un examen superficiel. Pour la résoudre, M. Bimar, après avoir rappelé qu'il n'a pas trouvé d'exemple bien authentique de nez double, étudie soigneusement les diverses particularités présentées par le fait observé avant et après la dissection.

Les deux proéminences, la droite surtout, ressemblaient autant à une moitié de nez qu'à un nez entier; mais, la gauche avait manifestement deux narines, et la droite présentait sur le côté interne de sa narine unique une petite dépression en cupule, rudiment d'une seconde narine. Il y avait donc là encore tendance à la duplicité de ces orifices, ce qui semble une raison pour faire admettre l'existence d'un nez double. Mais la structure des proéminences nasales apportait, au contraire, un argument contre cette hypothèse. En effet, des deux parois latérales de ces pyramides, l'externe seule possédait les éléments d'une paroi nasale complète : os propre du nez, cartilage latéral, cartilage de l'aile, muscles, tandis que l'interne privée de ces éléments essentiels était formée par la peau, la muqueuse et du tissu fibreux; on trouvait cependant un petit cartilage rudimentaire dans l'aile du nez de la paroi interne de la proéminence gauche, ce qui permettrait de regarder chacune de ces proéminences comme un nez dont une moitié n'aurait subi qu'un développement incomplet.

A quoi correspond cette difformité?

Comme chez le sujet, à part le double nez, il y avait entre ces deux proéminences une plaque osseuse qui représentait deux maxillaires supérieurs rudimentaires fusionnés, avec des rudiments d'orbite très manifestes, deux dents incisives supérieures supplémentaires, un cornet interne dans la fosse nasale gauche, etc., Bimar pense qu'il s'agit d'une duplicité de la face avec soudure presque complète de ces deux régions.

Crâne. — Sur le milieu de l'étage antérieur, existence d'une large fosse limitée latéralement par deux crêtes osseuses saillantes qui naissaient à sept centimètres l'une de l'autre sur les bosses orbitaires, et convergeaient vers la ligne médiane où elles s'arrêtaient en diminuant progressivement de vo-

lume à six centimètres environ de leur point de départ, sur la face interne de la voûte crânienne. L'excavation de la base du crâne se prolongeait donc vers la voûte et correspondait à la saillie du front visible à l'extérieur. Elle formait, dans son ensemble, une forme ovoïdale à grand diamètre vertical, à petite extrémité supérieure, à grosse extrémité inférieure correspondant à l'étage inférieur de la base du crâne, dans la région de l'ethmoïde. Il n'existait ni apophyse crista-galli, ni sinus frontaux. La loge, ainsi formée, était tapissée par la dure-mère, qui la transformait en loge ostéo-fibreuse, en formant au-dessus d'elle une cloison analogue à la tente du cervelet, et percée d'un orifice aussi grand que le trou occipital, et pouvant être comparé au trou de Pacchioni. La grande faux du cerveau s'arrêtait à l'extrémité supérieure de cette fosse.

Encéphale et lobe supplémentaire du cerveau. — Cette loge ostéo-fibreuse était occupée par un organe de couleur grise, de consistance analogue à la pulpe cérébrale, rattaché à l'encéphale au niveau de la partie la plus déclive du troisième ventricule par un pédicule creusé en gouttière à concavité supérieure et qui traversait le trou de la paroi fibreuse. Situé entre les deux lobes antérieurs du cerveau très écartés pour le recevoir, il était immédiatement recouvert en haut et en avant par un long repli membraneux appartenant à la pie-mère cérébrale. De forme triangulaire à sommet postérieur, à base antérieure un peu convexe, parcourue par de nombreuses petites circonvolutions à direction générale transversale, et présentant sur son milieu une scissure verticale qui le divisait incomplètement en deux moitiés latérales et se prolongeait sur la face inférieure, cet organe ressemblait à un petit cerveau rudimentaire.

Les hémisphères cérébraux manquaient de corps calleux. On ne trouvait de traces de cette commissure que dans le lobe supplémentaire où on voyait des vestiges du genou de cet organe ainsi que le bec qui entrait dans la constitution du pédicule déjà décrit.

La cloison transparente manquait entièrement.

Le trigone cérébral était divisé sur la ligne médiane, c'est-à-dire formé de deux moitiés latérales entièrement indépendantes l'une de l'autre, mais bien développées et ayant leurs rapports normaux avec les cornes d'Ammon.

Il résultait de ces dispositions que les ventricules latéraux et moyens étaient confondus en une cavité unique ouverte en haut et fermée en bas par le pédicule en gouttière du lobe cérébral supplémentaire.

En outre, les circonvolutions et scissures de la face interne des hémisphères présentaient des modifications remarquables, savoir : Pas de scissure calloso-marginale, pas de circonvolution de l'ourlet. A la partie moyenne de cette face interne, on voyait quatre circonvolutions volumineuses dirigées de haut en bas et atteignant par leur extrémité inférieure les ventricules latéraux et les couches optiques ; ces circonvolutions étaient limitées en arrière par la scissure perpendiculaire interne et formaient un groupe correspondant au lobule quadrilatère.

Les bandelettes olfactives, les bulbes et les nerfs olfactifs offraient leurs dispositions normales.

Il n'y avait rien de particulier du côté de l'isthme de l'encéphale ni du côté de la moelle épinière.

Bimar considère l'absence du corps calleux et du septum lucidum ainsi que la division du trigone cérébral comme le résultat d'un arrêt de développement. Cette conclusion est précédée d'un exposé succinct de nos connaissances sur le développement embryonnaire de ces diverses parties de l'encéphale.

L'absence de corps calleux constatée chez un sujet qui avait présenté, durant sa vie, une intégrité complète de l'intelligence est un fait qui a

déjà été observé et qui prouve que les physiologistes ont raison d'avouer leur ignorance au sujet des fonctions de cette grande commissure. (*R. S. M.*, IV, 497 et VI, 110.)

En terminant, l'auteur fait remarquer que le lobe supplémentaire ne peut s'être développé que par suite d'un bourgeonnement anormal de la cellule cérébrale antérieure. Il se demande même s'il n'y a pas eu dans ce cas tendance à la formation de deux cerveaux : l'un droit, représenté par l'hémisphère droit du sujet et par la moitié droite du lobe supplémentaire (formant l'hémisphère gauche rudimentaire du cerveau droit) et l'autre gauche, représenté par l'hémisphère gauche du sujet et par la moitié gauche du lobe supplémentaire (formant l'hémisphère droit rudimentaire du cerveau gauche).

M. Sabatier voit dans ce fait la confirmation d'une opinion qu'il a déjà fait connaître au congrès tenu à Lille (1874) (et qui est basée sur de nombreuses dissections et sur l'anatomie comparée) d'après laquelle il existe des relations anatomiques et fonctionnelles entre les lobes olfactifs, d'une part, et l'hippocampe et la voûte à trois piliers d'autre part.

En effet, dans ce cerveau où le corps calleux faisait presque entièrement défaut et où les parties internes des hémisphères avaient un développement vicié, l'hippocampe ainsi que la voûte et ses piliers avaient conservé leurs relations de volume et de développement avec les lobes olfactifs. MOSSÉ.

X. — La tumeur, adhérant à l'occiput par une large base, atteint presque le volume de la tête : sa plus grande circonférence mesure 25 centim. 1/2; la plus grande circonférence de la tête (circonférence mento-occipitale) mesure 33 centimètres. Le contenu de la tumeur est formé exclusivement par la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau. Le cervelet est rudimentaire. L'enfant a vécu quarante-six heures. H. DE BRINON.

XI. — Deux jours après la naissance, arrivée à terme, la tumeur mesurait 12 pouces d'avant en arrière et 11 1/2 de la base au sommet; le pédicule très petit n'avait que 3 pouces 1/2 de circonférence. La douleur à la pression était modérée et il n'y eut de convulsions qu'immédiatement avant la mort qui survint au bout de quatre semaines. Dix jours auparavant, la tumeur s'était rompue en donnant issue à une quantité considérable d'un liquide semblable à du jaune d'œuf. — A l'autopsie, on trouva le crâne petit et mal développé surtout à la région frontale. De chaque côté du sommet de la tumeur, qui avait l'aspect d'une masse sphéroïdale, molle et aplatie, se trouvaient deux orifices ulcérés de la dimension d'une pièce de deux francs environ, à travers lesquels le contenu faisait saillie. Celui-ci était constitué par de la substance cérébrale décolorée, ayant ses circonvolutions ordinaires, et renfermée dans des membranes presque entièrement recouvertes d'une couche épaisse d'exsudat et de pus gélatineux. Le pédicule passait par la fontanelle antérieure très peu agrandie. Les nerfs de la base du crâne étaient normaux. Le cervelet était petit; ses parties constituantes n'étaient pas distinctes; il adhérait dans une étendue considérable à la partie postérieure de la moelle et du pont de Varole. La moitié droite du cerveau était d'une dimension à peu près normale, mais la moitié gauche était beaucoup plus petite; dans les deux existaient une scissure de Sylvius et un lobe temporo-sphéroïdal. Pas trace de corps calleux, mais une bande étroite de substance blanche, de la dimension d'un nerf optique, unissait les deux lobes cérébraux antérieurs. Une colonne de substance cérébrale qui paraissait être un prolongement anormal du pont de Varole et des pédoncules cérébraux venait, après avoir fourni de chaque côté un pédoncule aux hémisphères, se terminer dans la masse extra-crâ-

nienne, qui était encore reliée à ces dernières par d'étroites bandes de substance cérébrale. Il y avait de l'exsudat épanché à peu près partout au-dessous des membranes. D'après le rapport des parties, on pouvait conclure que la tumeur correspondait aux parties inférieures et postérieures des hémisphères, plus particulièrement de l'hémisphère gauche.

XII. — Cet enfant, outre son hydrocéphalie, présente encore des membres supérieurs réduits à l'état de moignons et des extrémités inférieures difformes. Le corps est celui d'un enfant venu à terme et bien développé. La tête est légèrement hydrocéphalique : écartement de toutes les sutures atteignant par places un demi pouce, celui de la suture frontale se prolongeant jusqu'à la racine du nez, agrandissement de toutes les fontanelles. Deux jours après la naissance elle mesurait : circonférence 16 pouces 1/4; diamètre occipito-frontal, 6 pouces; bi-pariétal, 4 pouces 7/8; bi-temporal, 4 pouces.

Les deux bras ont l'apparence d'avoir été amputés dans l'utérus. Le droit mesure 1 pouce 3/4 de long et présente à son extrémité deux petits tubercules charnus dont l'un de l'épaisseur d'une plume de corbeau, sessile et long d'un quart de pouce ; l'autre, situé tout à côté, de la dimension d'une grosse tête d'épingle, long d'un tiers de pouce environ et fixé par un mince pédicule. Ils n'ont pas la moindre ressemblance avec un doigt et ne portent pas trace d'ongle. Le moignon gauche mesure 2 pouces 3/4 et paraît contenir tout l'humérus, car on peut sentir ce qui paraît être le condyle interne au côté interne de son extrémité périphérique qui présente encore sur son côté externe une pointe osseuse aiguë qui se prolonge d'un demi pouce dans la direction du radius. Cette pointe osseuse est recouverte par un petit lambeau de peau de forme palmée de la dimension d'un haricot, mais il n'y a pas apparence d'articulation du coude.

Le bassin paraît normal, si ce n'est que les cavités cotyloïdes (si elles existent), paraissent rejetées plus en arrière que d'ordinaire. Les organes génitaux externes sont normaux. Les fémurs sont courts et placés dans la flexion, la rotation en dehors et l'abduction de sorte que les genoux se trouvent à un demi pouce des épines iliaques antérieure et supérieure. On peut sentir tourner les têtes des fémurs. A droite existe un pied-bot équin-varus et à gauche un pied-bot talus-valgus porté à un degré extrême. Sur le côté externe de la jambe droite se voit une petite dépression en cul-de-sac, d'un tiers de pouce de long et d'origine incertaine. — Au moment de la naissance, l'enfant avait eu quelques mouvements convulsifs, aujourd'hui, au bout de huit jours, il paraît profiter et pèse 5 livres anglaises. Mère âgée de 18 ans, primipare. Accouchement à terme et naturel.

XIII. — Fœtus du sexe féminin, mort-né au 7e mois. Les parties supérieures, les côtes, le devant et le derrière du crâne manquent ainsi que les arcs des vertèbres jusqu'au niveau des angles de l'omoplate. Le système cérébro-spinal paraît manquer absolument. La base du crâne et le canal vertébral sont tapissés par une membrane qui se continue avec la peau, dont elle se distingue pourtant nettement. A la partie antérieure de la base, de chaque côté de la ligne médiane et au-dessous de cette membrane se trouvent deux petites masses d'une substance pulpeuse molle, dans lesquelles il n'a pas été possible de trouver des cellules nerveuses. La face est située bas sur le tronc, entre les épaules; la peau du menton se continue avec celle qui recouvre le sternum. Les yeux sont grands et saillants. Il n'y a pas d'arcade sourcilière. Le reste du corps est bien conformé. J. C.

XIV. — Les deux monstres qui font l'objet de ce mémoire sont conservés à l'école des sages-femmes de Stuttgard. Le premier est un épignathe, c'est-à-dire un fœtus dégénéré, implanté sur la paroi buccale d'un fœtus bien développé. Il se présente sous l'aspect d'une série de tumeurs, de différentes grosseurs, dont l'ensemble atteint 23 centimètres de longueur. Les unes sont des kystes, dont le contenu rappelle par son aspect la matière

cérébrale ; les autres, des tumeurs solides, recouvertes d'un peau normale : elles sont formées par du tissu connectif et des noyaux cartilagineux : elles renferment des vaisseaux et des nerfs. Le volume et la structure de la tumeur ne permettent pas d'admettre l'hypothèse d'une néo-formation ou d'une hydrencéphalocèle palatine. La structure normale de la peau qui recouvre la tumeur, et la présence dans sa masse d'un groupe de noyaux cartilagineux, dont la forme et la disposition se rapprochant de très près d'une main ou d'un pied rudimentaire, démontrent qu'il s'agit bien là d'un fœtus informe, appartenant à la catégorie des épignathes.

Le second est un acardiaque : il se présente sous la forme d'une masse aplatie, presque circulaire : son plus grand diamètre mesure 11 centimètres et demi. Sur le bord de cette masse, on remarque une fossette, au fond de laquelle se voient, outre l'insertion du cordon, plusieurs petites excroissances, dépourvues de poils, et quelques fines ouvertures dans lesquelles pénètre, jusqu'à une certaine profondeur, une très petite sonde. Cette partie rappelle le visage. Toute la surface de l'acardiaque est recouverte de peau légèrement plissée, portant de petits poils courts et très fins, et offrant la structure de la peau normale. La consistance de la masse est molle et pâteuse : on sent dans l'intérieur un noyau dur, qui se trouve constitué par :

Une capsule crânienne osseuse, du volume d'une noisette ;

Une colonne vertébrale articulée ;

Une cage thoracique et deux omoplates.

Les membres font entièrement défaut. Le cerveau, la moelle, les nerfs intercostaux, le grand sympathique, les muscles striés existent à l'état rudimentaire, mais faciles à reconnaître. Les cavités thoracique et abdominale ne forment qu'une seule cavité. Elles renferment une artère et une veine, longue chacune de 3 centimètres, et deux sacs, l'un de la grosseur d'un pois, représentant par son contenu, par les fibres lisses de sa paroi, et par le vaisseau qui y pénètre, un cœur à l'état dégénéré ; l'autre, de la grosseur d'un grain de raisin, semble appartenir à la partie supérieure du tube digestif. En somme, à l'exception de quelques plaques cutanées, munies de poils, et de deux paupières assez nettement marquées, cette masse ne présente extérieurement aucune forme humaine ; elle offre au contraire à l'intérieur un certain nombre d'organes et de systèmes bien développés. H. DE BRINON.

XV. — Chez l'enfant qui fait le sujet de cette communication, la tumeur était du volume d'une noix de coco, pendant entre les épaules, et reliée à la région occipitale par un pédicule étroit. Pensant qu'il ne s'agissait que d'une hernie méningée sans participation de la substance cérébrale, l'auteur appliqua une ligature sur le pédicule, et quelques jours après le sectionna en le cautérisant avec le fer rouge. Malgré le pansement antiseptique, l'enfant mourut de méningite, et l'on reconnut la continuité du canal du pédicule avec la cavité crânienne.

Un exemple de ce genre, suivi de guérison, a été rapporté dans la chirurgie d'Erichsen ; il est dû à Annandale. H. R.

XVI. — Cette curieuse anomalie cérébrale fut trouvée sur le cerveau d'une aliénée âgée de 53 ans et démente depuis 20 ans. Cette femme paraissait pendant sa vie jouir d'un odorat normal : elle appréciait les différents plats qu'on lui servait, et manifestait ses préférences pour ceux qu'elle aimait. Jamais elle n'avait fait d'actes qui eussent fait songer à de l'anosmie.

On trouva une absence complète du bulbe olfactif droit et de ses prolongements en arrière et en bas. La lame criblée de l'ethmoïde n'était perforée que du côté gauche ; il n'est donc pas douteux que le nerf olfactif ne fît absolument défaut. A part l'absence des racines du bulbe olfactif, les circonvolutions frontales inférieures étaient symétriques et paraissaient normales. H. R.

XVII. — Le monstre dont il est question, la fille de parents bien por-

tants âgés l'un et l'autre de 22 ans, n'a vécu que 3 jours. Il n'a pas de voûte crânienne; mais on observe à la place deux masses latérales séparées par une gouttière; la droite, la plus volumineuse, paraît représenter un hémisphère cérébral. L'autre, grosse comme une mandarine, semble pleine de sérosité. Les 2 masses sont recouvertes par une membrane analogue à la dure-mère, se continuant en avant avec la peau du front, les rudiments des paupières, en arrière avec la peau de la région occipitale, laquelle s'insinue avec les 2 masses pour se relever à la peau du front par l'intermédiaire d'une languette fibro-cutanée d'un centimètre de largeur recouverte par quelques cheveux.

Les paupières sont le siège d'un coloboma qui les divise de chaque côté en 4 lambeaux relevés en forme d'oreille autour de l'œil.

Le bec-de-lièvre est ainsi constitué :

A gauche la fente dont le sillon naso-babial gagne la joue et s'abouche avec la fente d'un coloboma. Le squelette y participe et l'on peut voir par cette perte de substance les cavités de la bouche, du nez, et de l'orbite.

A droite la fente est d'abord commissurale, transversale, puis, tout à fait par côté, elle remonte pour s'aboucher dans la division palpébrale. Les globes oculaires sont rudimentaires et reliés par une membrane au tissu qui tient la place de la calotte crânienne. Le vice de conformation s'étend aux os jusqu'à la partie la plus reculée du maxillaire; il y a donc gueule de loup complète.

Pas de vice de conformation des membres ni du tronc. L. J.

XVIII. — Chez un enfant de trois mois, atteint d'un double bec-de-lièvre, la lèvre inférieure présentait un aspect tout à fait particulier. De chaque côté de la ligne médiane se voyait une saillie analogue à une papille, constituée par le tissu de la muqueuse labiale. Ces deux saillies s'engrenaient avec beaucoup de précision dans la double fissure de la lèvre supérieure, de sorte que quand l'enfant fermait la bouche, la difformité de l'une des lèvres compensait celle de l'autre.

Une opération très simple, consistant dans l'excision des deux saillies papilleuses, débarrassa l'enfant de cette difformité. H. R.

XIX. — Au premier abord, on croit avoir affaire à une luxation ancienne du maxillaire, à cause de l'écartement du menton de la ligne médiane et de la discordance qui existe entre les rangées dentaires.

La première incisive gauche inférieure correspond en effet à la deuxième incisive droite supérieure, c'est-à-dire qu'elle est déviée à droite de la largeur de deux dents.

Dès qu'on regarde les choses de plus près, on voit pourtant que l'articulation temporo-maxillaire est parfaitement en place.

Le patient prétend que ce n'est qu'à partir de l'âge de 16 ans que sa face a commencé à se dévier, et que depuis l'âge de 25 ans seulement, son asymétrie serait devenue permanente.

Les mensurations pratiquées du condyle, jusqu'à l'angle maxillaire, donnent 1 centimètre de plus de long pour le côté gauche; celles pratiquées de l'angle maxillaire à l'épine mentonière, en suivant la courbe de l'os, donnent 2 centimètres de plus à gauche.

La différence de hauteur des couronnes dentaires au-dessus du bord maxillaire inférieur est peu sensible.

La mastication est très gênée à cause de la non-correspondance des dents des deux mâchoires. J. B.

I. — **Zur Lehre von der Agenesie des Ruckenmarks** (**Agénésie de la moelle**), par **A. PICK** (*Prager med. Woch.*, *n°* 15, 1880).

II. — **Contribution à l'histoire du spina-bifida**, par **F. TOURNEUX** et **Em. MARTIN** (*Journ. de l'anat.*, *janvier* 1881).

III. — **Monstrum mit eigenthümlicher Dys und Aplasien der Wirbelsäule und des Beckens** (**Malformation et absence partielle de la colonne vertébrale et du bassin**), par **SÄNGER** (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XIV*, *Heft* 2).

IV. — **Congenital malformation of the spinal column**, par **WILLET** et **WALSHAM** (*Med. chir. Transact.*, *vol. LXIII*).

V. — **Contribution à l'histoire des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne**, par **TOURNEUX** (*Bull. méd. du Nord*, *juillet* 1880).

VI. — **Ueber eine angeborene Steissgeschwülste** (**Tumeur congénitale du siège**), par **O. BEUMER** (*Zeits. f. Geburtsh. und Gynæk.*, *Band IV*, *Heft* 2, *p.* 263).

VII. — **Monstre ectromélien se rapprochant du phocomèle**, par **CHARON** (*Presse médic. belge*, *n°* 26, 1880).

VIII. — **Zwei seltene Fälle von angeborenen Missbildungen**, par **E. ALBERT** (*Wiener medic. Blätter*, *n°s* 13 *et* 26, 1880).

IX. — **Nedarvet Mangel af Fingre og Taer**, par **E. KRABBE** (*Nord. med. Arkiv Band XII*, 1880).

X. — **Kritische Bemerkungen über Polydactylie als Atavismus**, par **GEGENBAUER** (*Morphol. Jahrb.*, *Band XI*, *Heft* 4).

I. — A l'autopsie d'un enfant de quatorze mois, on trouva, en même temps qu'une pachyméningite hémorragique, une asymétrie remarquable des hémisphères cérébraux. L'hémisphère droit était diminué de volume, surtout aux dépens du lobe temporal; les circonvolutions des lobes frontal et pariétal étaient plus grêles, et leur consistance plus ferme que du côté opposé ; çà et là se rencontraient des foyers gris et très fermes, surtout dans le lobe frontal, et à droite plus qu'à gauche.

Les circonvolutions postérieures de l'hémisphère cérébelleux gauche étaient très grêles, fermes, grisâtres. Sur la moelle durcie, les faisceaux pyramidaux du cordon latéral étaient modifiés dans leur couleur, à gauche plus qu'à droite, jusqu'à la partie inférieure de la région dorsale.

En rapport avec la diminution de volume et l'altération de couleur de la partie postérieure du cordon latéral droit, on trouvait à la partie la plus interne du cordon antérieur gauche, jusqu'au cinquième nerf cervical, une zone grêle et décolorée. Les autres cordons, les cornes antérieures et le canal central étaients intacts; les cornes postérieures avaient un volume exagéré dans tout le segment dorsal. La moitié droite de la protubérance, la pyramide et le pédoncule cérébral du même côté étaient plus grêles que les parties correspondantes du côté gauche.

Un examen histologique exact fit reconnaître que le changement de couleur des faisceaux pyramidaux, ne tenait pas à l'augmentation du tissu conjonctif interstitiel, mais à ce qu'une grande partie des fibres nerveuses étaient, dans ces points, privés de gaine de myéline; les faisceaux pyramidaux étaient restés à un degré peu avancé du développement des gaines myéliniques. Il s'agit donc, dans les cas d'hémiatrophie cérébrale, survenus dans les premiers temps de l'enfance, d'arrêts de développement, et probablement en est-il de

même, lorsque la lésion qui détermine l'hémiatrophie cérébrale se produit dans l'enfance ou la jeunesse, alors que la moelle se développe encore.

G. HOMOLLE.

II. — Les fissures spinales de la région lombo-sacrée, accompagnées d'hydro-rachis externe, résultent d'un arrêt de développement des lames dorsales de l'embryon, l'extrémité inférieure de la moelle épinière persistant sous forme de gouttière; mais cette *nappe médullaire*, primitivement en contact immédiat avec les eaux de l'amnios, se recouvre d'une couche lamineuse et épithéliale dépourvue de glandes et de follicules pileux, lame qui peut cependant continuer à présenter à sa partie supérieure une solution de continuité, au niveau de laquelle les éléments de la moelle communiquent avec ceux de l'épiderme; dans ce cas, le canal central de la moelle vient s'ouvrir librement à l'extérieur. Quant à la tumeur lombo-sacrée, elle est déterminée par la pression du liquide céphalo-rachidien, qui refoule la nappe médullaire en arrière, la cavité de la poche n'étant qu'une dépendance des espaces sous-arachnoïdiens. Chez le nouveau-né, on retrouve la nappe médullaire comme partie constituante des parois de la tumeur, et cette nappe médullaire peut donner naissance, de même que le cylindre médullaire normal, à des racines nerveuses qui vont rejoindre les trous de conjugaison ou les sacrés correspondants : les figures, représentant le trajet singulier de ces racines, ainsi que celles relatives à la nappe médullaire, sont très explicites et très intéressantes. M. DUVAL.

III. — Ce fœtus, mort immédiatement après sa naissance, mesurait 42 centimètres de longueur; le tronc de l'occiput à la tubérosité ischiatique, avait 14 centimètres de largeur. La colonne vertébrale était ouverte en arrière dans toute sa hauteur; la fente, étroite, au niveau des vertèbres cervicales, atteignait 3 centimètres de largeur, au niveau des vertèbres dorsales. Le corps des vertèbres lombaires n'existait qu'à l'état de vestige : le sacrum très court, sans ailerons, semblait immédiatement attenant à la dernière vertèbre dorsale. Le bassin était fortement rétréci dans le sens transversal. Il n'y avait que onze côtes à gauche et six côtes à droite. Tandis que la colonne vertébrale était presque droite, la moelle présentait des courbures en U, comme dans une cyphoscoliose très prononcée. H. DE BRINON.

IV. — Les auteurs rapportent l'observation d'une femme âgée de 31 ans, chez laquelle manquaient un certain nombre de vertèbres ainsi que les côtes correspondantes. A part ces hémitéries, le sujet présentait un pont osseux, étendu de l'omoplate gauche à la sixième vertèbre cervicale. La mère de la malade était atteinte d'une déviation de la colonne vertébrale. ASSAKY.

V. — La tumeur étudiée par l'auteur se trouvait sur un fœtus de sept mois et demi, extrait par l'accouchement prématuré artificiel. Volumineuse et bosselée, elle occupait toute la région caudale, de l'arcade du pubis à l'angle sacro-vertébral, et mesurait 14 centimètres dans le diamètre transversal, 8 centimètres dans les diamètres antéro-postérieur et vertical. En ouvrant l'abdomen, on constate qu'elle remplit toute l'excavation pelvienne; le tube digestif est interrompu sur une étendue de 2 centimètres environ. Le sacrum et le coccyx sont coiffés par cette tumeur qui se prolonge à l'intérieur du canal sacré, adhérant aux enveloppes médullaires, mais indépendante toutefois de la moelle épinière qui se termine normalement.

La composition de cette tumeur est très complexe. Elle est creusée de kystes nombreux, dont quelques-uns ont 5 à 6 centimètres de diamètre, les uns sphériques, les autres irréguliers, tous contenant un liquide jaune citron coagulable par l'acide azotique. La membrane épithéliale qui forme le revê-

tement interne, présente des modifications suivant les divers points d'un même kyste, soit une seule couche de cellules, soit plusieurs étages de cellules pavimenteuses, ou des cellules prismatiques avec ou sans cils vibratiles. De ces kystes, on peut rapprocher des traînées de cellules épithéliales polyédriques avec ou sans lumière centrale, anastomosées et ramifiées, parfois agglomérées, et rappelant la configuration d'une glande acineuse. Ces traînées sont sans doute le premier stade d'évolution des cavités kystiques.

Sur la ligne médiane on trouve de petits nodules cartilagineux, enveloppés par une couche lamineuse qui constitue une sorte de périchondre. Le tissu osseux n'est représenté que par quelques lamelles tapissées d'ostéoplastes, développées dans le tissu lamineux. Aux nodules cartilagineux sont annexées des fibres musculaires striées. Le prolongement de la tumeur dans le canal sacré, est composé de tissu lamineux, mais nulle part on n'y voit les éléments de la substance grise nerveuse.

L'extrémité profonde du bourgeon anal possède la composition du rectum; la muqueuse anale ne paraît que près de l'orifice. En somme, il s'agissait d'un type de tumeur mixte, que l'on peut rattacher, au point de vue de l'origine, au groupe des inclusions fœtales. H. L.

VI. — Dans ce cas, le fœtus, âgé seulement de sept mois, ne put être extrait qu'après décollation; la tumeur se détacha de son insertion, lorsque le tronc fut retiré, et elle ne fut rejetée par l'utérus que quelques minutes plus tard.

L'insertion de la tumeur a lieu à l'union du sacrum et du coccyx : son poids est de 690 grammes, et sa plus grande circonférence, de 34 centimètres. Recouverte par la peau et une couche de tissu connectif, elle présente la structure d'un cystosarcome télangiectasique : petites cellules rondes, de la grosseur des globules du pus, avec un noyau clair proéminent : les cellules sont serrées les unes contre les autres, sans trace de substance intermédiaire. Dans certaines parties de la tumeur, d'une coloration rouge brun, les vaisseaux forment l'élément principal, et les petites cellules rondes remplissent les intervalles vasculaires. La tumeur renferme plusieurs kystes, dont l'un avait été pris, pendant l'accouchement, pour la poche des eaux d'un second fœtus. H. DE BRINON.

VII. — Chez ce monstre antosite les membres abdominaux seuls sont affectés de phocomélie. A droite le tibia et le péroné manquent entièrement; le fémur est remplacé par quelques rudiments cartilagineux, le pied est un pied-bot équin. A gauche le fémur est très peu développé, le péroné manque, le pied est en talus-valgus.

VIII. — Albert rapporte un cas semblable dans lequel les deux tibias manquent complètement du côté gauche, en partie seulement à droite : l'extrémité supérieure du tibia droit existe seule, mais elle s'articule normalement avec le fémur.

IX. — Krabbe rapporte un exemple d'hémitérie héréditaire relative à la diminution numérique des doigts et des orteils. Une mère est affectée d'absence congénitale du pouce de la main droite; sur six enfants qu'elle a, quatre ne possèdent qu'un ou deux doigts, un ou deux orteils aux deux mains et aux deux pieds. La troisième génération issue d'un de ces enfants malformés présente cette anomalie à un degré encore plus prononcé.

X. — Gegenbauer s'attache à démontrer que la polydactylie des mammifères ne représente nullement un retour à l'état atavique.

L'ancêtre auquel il faut remonter est beaucoup trop éloigné (sélaciens, cératodes ou ichthyosaures); on a déjà des difficultés réelles à suivre, à travers la série ascendante, l'homologie des organes positivement légués par les poissons; les ichthyosaures appartiennent d'ailleurs à un embranchement collatéral.

Il est difficile d'admettre d'autre part que cette reproduction d'une organisation antérieure ne soit que partielle, qu'elle ne se montre que limitée à un seul segment de membre, qu'elle n'atteigne que les doigts ou les orteils et ne remonte guère au delà du carpe et du tarse.

L'auteur croit plutôt qu'il s'agit là d'une monstruosité, d'une formation en excès. Mais cette malformation elle-même n'est pas sans rapports avec un état ancestral, car les monstruosités ne diffèrent des états ataviques que par un défaut d'accommodation qui leur imprime leur caractère pathologique. L'ontogénie établit la transition des malformations à la phylogénie. ASSAKY.

— **Ueber unvolkommene Entwicklung der Geschlechtsorgane (Développement imparfait des organes génitaux), par D. BORRELLI** (*Verhandl. der phys. med. Ges. Würzburg, Band XV, p.* 84).

II. — **Fall von Bauchblasengenitalspalte (Fente abdomino-vésico-génitale), par RUNGE** (*Charité Annalen, Band VI, p.* 648).

III. — **Two specimens showing congenital communication between the rectum and the genito-urinary tract, par DORAN** (*London obst. Transact., vol. XXII, p.* 79).

IV. — **Ein Fall von Uterus didelphus mit rechseitiger hœmatometra, par Franz FRENDENBERG** (*Zeit. f. Geburts. u. Gynaekol., Band V, Heft* 2, *p.* 334).

V. — **Molimina menstrualia bei Bildungsfehlern der Geschlechtstheile (Vice de conformation des organes sexuels), par HAFFNER** (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 *juin* 1880).

VI. — **Nouveau cas d'hermaphrodisme, par MAGITOT** (*Bull. Soc. de chir., p.* 443, 1881)

VII. — **Ein seltener Fall von Cryptorchismus, par HOLL** (*Wiener med. Jahrb., p.* 167, 1880).

VIII. — **Malformation of the genital organs of a man, par ORD** (*Med. chir. Trans., vol. LXIII, p.* 11).

IX. — **Deux cas d'anomalie de l'artère rénale chez le même sujet, par BERTRAND** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 *octobre* 1881).

X. — **Zur Casuistik der angeborenen Missbildungen, par Edw. KREISS** (*Arch. f. Gynækol., Band III, Heft* 2, *p.* 287).

XI. — **Hemicephalus mit grossen Lebercysten (Kystes du foie, des reins et autres vices de conformation chez un hémicéphale), par O. WITZEL** (*Centralb. f. Gynæk., n°* 24, 1880).

XII. — **Cystis intestinalis bei einem Neugeborenen (Kyste intestinal et kyste péri-œsophagien chez un nouveau-né), par E. HENNIG** (*Centralb. f. Gynækol., n°* 17, 1880).

I. — L'auteur a observé, dans sa clinique hospitalière, des cas assez fréquents d'arrêt de développement des organes génitaux se rattachant à l'influence de la malaria qui sévit dans l'Italie méridionale. Un homme présentant tous les signes de la cachexie paludéenne, avait les organes génitaux aussi peu développés que ceux d'un enfant de 8 à 9 ans; le système pileux n'existait pas, les testicules avaient les dimensions d'une

petite olive, le pénis très petit n'était pas capable d'érection : la voix féminine. L'état intellectuel était celui d'un idiot.

Dans un autre cas, chez un sujet de 25 ans, même état glabre du pubis, léger duvet à la lèvre supérieure, érections faibles, pas d'éjaculation. — Ces faits ont été observés plus de trente fois sur des fiévreux ou des cachectiques. — Chez un autre, les testicules atteignaient à peine les dimensions d'une fève : pas d'érection réelle. — Borrelli conclut de ses remarques que : 1° l'arrêt de développement de l'appareil génital plus ou moins complet peut être sans relation avec l'état de la rate ; 2° que le système pileux est peu développé, la voix enfantine, le caractère féminin ; 3° la stature est au-dessous de la moyenne ; 4° l'état intellectuel est abaissé. Il faut ajouter que les sujets étaient mal nourris et surmenés. DASTRE

II. — Sur un fœtus de 7 mois, Runge trouva les vices de conformation suivants : Fente abdominale avec ectopie des intestins, fente de la vessie, ouverture de la vessie dans sa paroi postérieure, formant en communiquant avec le cœcum un anus contre nature. Le côlon manque, le rectum est rudimentaire, l'anus est atrésié, l'utérus didelphe, enfin, il existe un spina bifida à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

La combinaison de ces divers vices de conformation constitue un ensemble dont on trouve une douzaine d'exemples dans la science, et que Bartels, qui en a publié trois cas, propose d'appeler fente abdomino-génito-vésicale (Bauchblasengenitalspalte). Il l'attribue à une péritonite fœtale qui, se produisant avant la 4e semaine, entraverait la différentiation normale des organes de l'appareil génito-urinaire et du gros intestin. Dans ce cas, on ne trouva aucun indice de péritonite fœtale.

La théorie d'Ahlfeld, qui invoque une anomalie dans les conduits omphalomésentériques, n'est pas plus admissible.

Runge donne une bibliographie complète des faits de même ordre signalés jusqu'à ce jour. L. D. B.

III. — Le premier cas se rapporte à un enfant du sexe masculin, chez qui l'anus manque absolument et qui rendait ses matières fécales par l'urètre. Il mourut à l'âge de 6 mois. A l'autopsie, on trouva une dilatation du rectum qui s'ouvrait dans l'urètre immédiatement au-dessous de l'utricule prostatique, qui est très développé. Un sphincter l'entoure immédiatement au-dessus de ce point ; sa tunique musculaire est très hypertrophiée. Le canal de communication traverse la prostate et laisse facilement pénétrer une bougie n° 4. Les uretères sont dilatés, les parois de la vessie, hypertrophiées. L'urètre étendu mesure 2 pouces 3/4 ; il est très dilaté surtout dans ses portions prostatique et membraneuse. Le pénis est augmenté de volume et présente un phimosis complet sans adhérence du prépuce au gland. Les vésicules séminales paraissent normales ; les vasa deferentia ont été coupés en enlevant les parties.

La seconde pièce provient d'une petite fille qui mourut à onze ans d'une cellulite pelvienne. Les organes génito-urinaires externes sont normaux mais l'anus fait complètement défaut. Le rectum s'ouvre à la vulve ; il est séparé par une cloison qui se termine par un bord saillant à un 1/2 pouce des petites lèvres. L'ouverture du rectum a un 1/2 pouce de diamètre ; elle est un peu plus large que celle du vagin. L'urètre s'ouvre dans le vestibule beaucoup plus bas que le bord libre de la cloison. La partie inférieure du rectum est très dilatée et sa tunique musculaire hypertrophiée ; le sphincter externe, quoique très inefficace, est bien marqué. Le vagin est recourbé ; il mesure près de deux pouces de long sur un 1/2 pouce de large. Il n'existe pas de

portion vaginale du col utérin, dont l'orifice externe très petit laisse néanmoins pénétrer une forte sonde sans plier dans la cavité interne. L'utérus mesure un pouce 1/8 de longueur, son fond, un 1/2 pouce de large; il est mince et aplati. Les ovaires sont bien développés et présentent chacun près d'un pouce 1/2 de long. J. CARRIÈRE.

IV. — Jeune fille de 16 ans, réglée pour la première fois à 15 ans ; après avoir reparu 2 fois, les règles ont complètement cessé ; en même temps, l'abdomen est devenu le siège de douleurs persistantes, et il est occupé au moment où la malade entre à la clinique, par une tumeur siégeant du côté droit. On reconnaît l'existence d'un utérus double avec hématomètre du côté droit ; l'utérus droit est oblitéré au niveau de l'orifice externe. Le 31 octobre 1877, ponction par le vagin avec un trocart : le diagnostic est confirmé. 2 ans après la malade revient avec une tumeur, pareille à la première, et le professeur Schrœder tente une opération définitive : excision du col oblitéré, et réunion par suture des muqueuses cervicale et vaginale, afin de conserver l'orifice créé artificiellement : cette opération est suivie de péritonite mortelle.

A l'autopsie, on constate que les deux utérus sont réunis par une substance intermédiaire de couleur blanche, de consistance ferme, formée de tissu connectif de graisse et de quelques faisceaux de fibres élastiques. Le vagin est normal, ainsi que les autres organes du bassin.

L'utérus didelphe, d'après Kussmaul (1859), coïncide toujours avec d'autres anomalies graves. Cette affirmation a été battue en brèche par les faits d'Heppner, Ollivier, Le Fort et Benicke, qui ont rencontré l'utérus didelphe sur des sujets dont les autres organes ne présentaient aucune déformation congénitale ; dans trois de ces cas, les fonctions sexuelles n'étaient même pas altérées, car il y avait eu grossesse et accouchement à terme. Le fait publié par l'auteur rentre dans cette catégorie. Mais il diffère de tous les faits d'utérus didelphe, connus jusqu'à ce jour, par l'existence d'un hématomètre unilatéral : dans tous les cas antérieurs, les utérus étaient ou solides ou tous deux perméables.

H. DE BRINON.

V. — Paysanne, 21 ans, présentant par intervalles de violentes douleurs dans les deux plis inguinaux qui deviennent en même temps le siège de tumeurs grosses comme un œuf de poule à gauche et comme un œuf d'oie à droite. Ces tumeurs, sensibles à la pression, nettement délimitées, sont recouvertes par une peau rougie et ont entièrement l'aspect de bubons sur le point de suppurer. Cette fille, qui n'a jamais eu ses menstrues, voit presque régulièrement de 4 en 4 semaines reparaître ces tumeurs qui disparaissent complètement au bout de quelques jours. Cette fois-ci, c'est leur sensibilité et leur volume plus considérables qui l'ont décidée à venir consulter.

Le mont de Vénus, les grandes lèvres, le clitoris et le méat sont normaux. Les petites lèvres sont rudimentaires, l'hymen et l'orifice du vagin font défaut. En arrière des petites lèvres, on ne trouve qu'un cul-de-sac formé d'un tissu dense. L'exploration rectale ne laisse apercevoir aucune trace de vagin ni d'utérus.

Les seins, le bassin, la voix et les penchants sont tout à fait ceux d'une femme : aucun appétit sexuel.

Quatre semaines plus tard, Haffner assiste à la reproduction des mêmes phénomènes mais moins intenses. Ils se montrèrent encore durant quelques mois, puis cessèrent définitivement sans occasionner aucun trouble dans la santé de cette femme. J. B.

VI. — Le sujet dont il s'agit fut trois fois réglé à l'âge de 13 ans ; puis épousa un homme de son pays qui mourut après 13 ans d'une union stérile.

Resté veuf il éprouva une propension très grande vers les femmes. Il se mit à avoir des rapports presque complets avec turgescence d'un appareil péniforme et avec éjaculation d'un liquide non pourvu de spermatozoïdes, mais empesant le linge. Le sujet porte de la barbe, des seins volumineux et sur le corps des poils abondants et rudes. Sous le pubis est une sorte de pénis imperforé, surmontant un infundibulum très étroit; les grandes lèvres contiennent chacune un testicule. Par le rectum on ne sent ni prostate ni utérus.

Les membres de la Société de chirurgie ont longuement discuté sur ce cas intéressant; pour Pozzi, les règles qui se sont montrées 3 fois à 13 ans étaient l'effet de la congestion physiologique qui se montre à cet âge vers les organes génitaux. Mais cette manière de voir trouve beaucoup de sceptiques. La majorité des membres estiment qu'il s'agit bien ici d'un sujet mâle hypospade. L. JULLIEN.

VII. — Le cryptorchide de Holl est un cas d'ectopie testiculaire pelvienne; l'observation se rapporte à un homme adulte chez lequel on trouva le testicule gauche situé au niveau de la paroi latérale du petit bassin et fixé dans cette situation par un repli du péritoine, à la manière des ovaires.

VIII. — Persistance d'un conduit de Müller et restes du corps de Wolff du même côté (à droite). ASSAKY.

IX. — Les anomalies que l'auteur a constatées sur les deux reins de la même femme, rentrent dans la classe des anomalies de distribution et des anomalies par renversement de volume.

Pour le rein gauche, outre deux branches qui naissaient du tronc principal et qui allaient pénétrer l'organe par le hile, il en existait une troisième (l'une des branches de division du tronc) qui, après avoir contourné le bord interne, pénétrait directement dans la substance corticale, sur la face antérieure, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, et à un demi-centimètre environ du bord interne.

Pour le rein droit, l'artère rénale, après un trajet oblique de haut en bas et non horizontal, se portait à la partie supérieure et sur la face antérieure, pour pénétrer dans la substance corticale à un centimètre environ du bord interne; puis de ce tronc principal, on voyait naître une petite artère grêle, d'un millimètre de diamètre, qui allait se jeter dans la glande à la partie supérieure du hile. OZENNE.

X. — Le fœtus qui fait l'objet de cette observation mesurait 51 centimètres de longueur. On n'avait noté pendant la grossesse aucun fait extraordinaire, sauf une frayeur vers la 17e semaine; les mouvements spontanés avaient disparu huit jours avant l'accouchement. Le liquide amniotique était très abondant, les torsions du cordon très prononcées; le placenta normal, sauf de petites duretés de couleur jaune, visibles sur la face utérine, et donnant à la coupe un bruit de craquement; ces duretés siégeaient sur la paroi des vaisseaux.

Le fœtus présente :

1° Une tumeur abdominale, occupant la région de l'ombilic : l'enveloppe extérieure de la tumeur est constituée par un même feuillet séreux : un orifice, d'un centimètre carré, situé vers la base de la tumeur, laisse échapper quelques anses d'intestin grêle avec leur mésentère. La tumeur est formée par le foie, déplacé dans sa totalité.

2° Absence complète de l'avant-bras et de la main gauche. L'humérus gauche, bien conformé, s'articule à son extrémité inférieure avec un os ou cartilage mobile du volume d'une lentille, de forme semilunaire; à la face postérieure de ce petit os, s'insère le tendon du triceps, à la face intérieure, celui du biceps. A l'extrémité du moignon, on remarque une petite éminence, grosse comme un demi-pois et portant cinq prolongements cutanés, ovales ou

cylindriques de 1 à 1 1/2 millième de long et 1 millimètre de large : un de ces prolongements atteint 3 millimètres de long.

XI. — Ce fait est remarquable : 1° par les nombreux vices de conformation qui se trouvent réunis chez le même enfant : développement rudimentaire des os du crâne ; hernie du cervelet : canal médullaire se prolongeant en haut par un canal cutané anormal, qui s'ouvre à la base du pédicule de la hernie cérébelleuse ; absence de bulbe oculaire ; fissure palatine, etc. ; dégénérescence kystique du foie ; kystes nombreux dans le parenchyme des reins ; inversion totale des viscères, etc.

2° Par l'obstacle, que créait à l'accouchement le volume considérable du kyste hépatique. Tous les efforts de traction, exercés sur la tête de l'enfant, après son issue à la vulve, furent sans résultat, et n'aboutirent qu'à la déchirure complète des parties molles du cou et à l'arrachement d'un bras ; l'extraction de l'enfant ne put s'opérer qu'après la ponction du kyste et l'évacuation de trois litres de liquide.

3° Par l'erreur de diagnostic, à laquelle donnèrent lieu les anomalies du crâne : Prenant la tumeur cérébelleuse pour le scrotum, l'orifice du canal anormal aboutissant à la base de cette tumeur pour l'orifice anal, les deux saillies osseuses latérales pour les ischions, et l'écaille rudimentaire de l'occipital pour le sacrum, on avait porté le diagnostic de présentation du siège, et l'on avait affaire à une présentation du sommet.

XII. — Dans le cas rapporté par Henning, l'accouchement avait été très laborieux, et ne s'était terminé qu'après des tractions énergiques et l'évacuation de trois litres de liquide. Ce liquide provenait d'un kyste de la cavité abdominale, placé entre les feuillets du mésentère, et portant enroulé à sa périphérie l'iléum vide : la cavité de l'intestin n'offrait aucune communication avec celle du sac. La paroi du sac était tapissée d'épithélium cylindrique et renfermait des glandes intestinales dans son épaisseur. Un autre kyste de la grosseur d'une prune, et tapissé, comme le premier, d'épithélium cylindrique, se trouvait sur la face antérieure des 3e 4e et 5e vertèbres cervicales.

H. DE BRINON.

Sur l'absence congénitale d'une portion du diaphragme, par POLAILLON (*Union médicale*, n° 97, 1881).

Il s'agit d'un enfant, né à terme, avec tous les attributs extérieurs d'une excellente santé et qui succomba néanmoins 3 heures après sa naissance.

A l'autopsie, on trouva que la moitié latérale gauche du diaphragme était absente, que la cavité du péritoine communiquait avec celle de la plèvre, grâce à une large ouverture par laquelle une grande quantité d'anses de l'intestin grêle, une portion du gros intestin et la moitié du foie s'étaient introduits dans la cavité pleurale gauche. Le cœur était dévié à droite au point de venir toucher la paroi latérale droite de la poitrine, disposition diagnostiquée pendant la vie et en rapport avec l'irruption des viscères abdominaux dans la plèvre gauche. Poumon gauche atrophié et imperméable à l'air.

En rapprochant, dit l'auteur, le déplacement des battements cardiaques des borborygmes intrathoraciques, de la dyspnée, du mode particulier de l'inspiration, de la cyanose, on a un ensemble de symptômes qui permettra de reconnaître la malformation du diaphragme, d'établir la gravité du pronostic, et de sauvegarder la responsabilité qui incombe à l'homme de l'art.

ASSAKY.

Étude sur les atrophies viscérales consécutives aux inflammations chroniques des séreuses, par A. POULIN (*Thèse de Paris*, 1881).

Les conclusions principales de cet excellent travail sont les suivantes :

L'atrophie des poumons, du foie, de la rate est une complication grave de l'inflammation chronique de la plèvre ou du péritoine.

La péricardite chronique scléreuse avec symphyse cardiaque ne s'accompagne pas nécessairement de dilatation du cœur. Le volume de l'organe peut ne pas varier; dans certains cas, le cœur peut être atrophié.

La pleurésie chronique scléreuse peut déterminer la production d'une pneumonie interstitielle secondaire (pneumonie pleurogène) caractérisée au début par l'épaississement des cloisons interlobulaires partant de la périphérie des poumons.

La péritonite chronique périhépatique détermine également, dans certains cas, la production d'une hépatite interstitielle secondaire, caractérisée par des tractus fibreux, qui, partant de la capsule, s'enfoncent plus ou moins profondément entre les lobules. La coque fibreuse périhépatique ou périsplénique peut être constituée par un tissu dépourvu de vaisseaux, présentant la structure du tissu fibro-cornéen (lamelles stratifiées séparées par des cellules aplaties).

On doit distinguer trois périodes dans l'atrophie que le poumon subit sous l'influence des épanchements pleuraux : une première période caractérisée par l'atélectasie simple (le poumon peut se dilater après évacuation du liquide); une deuxième période avec sclérose pleurale et pneumonie interstitielle secondaire (le poumon ne peut pas se dilater); enfin, une troisième période caractérisée par le retrait du thorax du côté malade. Quand le poumon est définitivement atrophié, les symptômes varient avec l'état des bronches. Tantôt on entend du souffle et des râles, tantôt le silence existe dans toute la hauteur. Quand il y a du liquide dans la plèvre, la persistance des signes physiques après la thoracocentèse, la diminution rapide et considérable de la tension intra-pleurale, à la fin de l'opération, doivent faire songer à la sclérose pleurale avec atrophie des poumons.

Le symptôme le plus constant, dans les cas de périhépatite chronique avec atrophie de foie, est l'ascite; le diagnostic différentiel avec la cirrhose hépatique est fort difficile. G. HOMOLLE.

Ueber die Entwickelung der secundären Lymphdrüsengeschwülste (Développement des tumeurs ganglionnaires secondaires), par C. GUSSENBAUER (*Prager Zeitsch. f. Heilk.*, *II*, *p.* 17).

La partie la plus importante de ce travail est consacrée à l'histogénèse du cancer des ganglions lymphatiques. L'auteur y défend l'opinion précédemment émise par lui, que les cellules du cancer et du sarcome se développent dans les tumeurs secondaires des ganglions par métaplasie aux dépens des éléments propres des glandes lymphatiques. Il est tout à

fait exceptionnel que l'on puisse reconnaître avec certitude la migration de cellules tout entières par la voie des lymphatiques afférents. Quelquefois à la vérité, on peut voir dans le sinus lymphatique, à côté des cellules lymphoïdes, des éléments à gros noyaux que l'on peut considérer comme de jeunes cellules de la tumeur, transportées. On rencontre d'ailleurs en abondance dans la substance des ganglions (cellules lymphatiques, endothéliums, fibres lisses) des granulations très fines qui proviennent vraisemblablement de la tumeur, ainsi qu'on peut s'en assurer dans le cas des tumeurs mélaniques. Pendant quelque temps, ce dépôt granuleux est la seule altération pathologique. Plus tard, on trouve disséminés dans les cordons folliculaires et dans les follicules périphériques, plus rarement dans les voies lymphatiques mêmes, les éléments cancéreux proprement dits : ceux-ci représentent des transformations des éléments lymphatiques, des cellules du réticulum, des cellules endothéliales et des fibres musculaires des vaisseaux.

Les granulations qui proviennent de la tumeur primitive pénètrent dans les ganglions et y deviennent les germes d'une prolifération qui reproduit des néo-formations analogues à la tumeur. G. HOMOLLE.

De la généralisation des lymphadénomes dans le tissu cellulaire sous-cutané, par E. CHOISEAU (*Thèse de Paris*, 1881).

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Les lymphadénomes peuvent se développer sous forme de tumeurs multiples dans le tissu cellulaire sous-cutané;

2° Cette généralisation implique une rapidité particulière dans la marche de la maladie ;

3° Dans cette forme, les ganglions des régions occupées par les tumeurs n'ont pas de tendance à se prendre, mais on observe fréquemment des lymphadénomes dans des organes éloignés : ganglions mésentériques et tissu cellulaire rétro-péritonéal, encéphale, cœur, testicule, reins, la rate exceptée ;

4° Ces tumeurs peuvent s'ulcérer, contrairement à ce que l'on observe dans la leucémie, l'adénie et les lymphadénomes ganglionnaires partiels ;

5° Comme pour les lymphadénomes en général, c'est dans l'âge adulte qu'on rencontre ces tumeurs ;

6° On trouve dans la moitié des cas une légère augmentation du nombre des globules blancs ;

7° La mort est la terminaison constante. H. LELOIR.

Introduction à l'étude des tumeurs, par L. BONNET (*Thèse de Lyon*, 1881).

Cette thèse, faite sous l'inspiration de M. Pierret, a conduit l'auteur à cette conclusion que la division des néoplasmes en connectifs et épithéliaux est trop radicale. Pour lui, les relations morphologiques et originelles, qu'ont entre elles les tumeurs connectives, se poursuivent insensiblement jusqu'aux tumeurs épithéliales. Ces transitions se démontrent de deux façons, soit par l'existence des tumeurs constituant des

types intermédiaires, soit par les modifications insensibles qu'on observe dans un même néoplasme, suivant qu'on en examine des points différents, correspondant à des parties nouvelles ou anciennes. Bien plus, il fait remarquer que, dans l'ordre normal, Remak a été trop absolu dans les conditions qu'il a tirées de l'embryologie; il n'est pas vrai que, dans toutes les circonstances, les trois feuillets aient une individualité complète dans leur développement et leurs productions.

Dans un premier chapitre de sa thèse, Bonnet passe en revue l'origine et les formes variables de l'élément cellulaire et s'applique à établir que, du néoplasme le plus simple (sarcome embryonnaire) aux néoplasmes les plus élevés (épithélioma et carcimone), l'élément cellulaire passe par des modifications graduelles.

Il en conclut que, au point de vue de leur morphologie, il n'est pas nécessaire de diviser les tumeurs en deux grandes classes, les tumeurs *conjonctives* et les tumeurs *épithéliales*.

Il essaie de démontrer, dans un deuxième chapitre, que les processus d'évolution sont les mêmes dans l'épithélioma et le carcinome.

Dans un troisième chapitre, il étudie les métamorphoses qui peuvent survenir soit dans les cellules, soit dans la substance intercellulaire. Il termine enfin en disant quelques mots des accidents locaux et généraux dont les tumeurs sont le siège et la cause. H. LELOIR.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Experimental and microscopical studies on the origin of the blood globules (Études expérimentales et microscopiques sur l'origine des globules du sang), par A.-W. JOHNSTONE (*Arch. of med., New York, vol. VI, n° 1, p. 24, 1881*).

L'objet de cette note est de donner le résultat d'expériences faites pour contrôler celles d'Onimus sur l'origine des globules blancs du sang, et de faire connaître un mode de développement, non encore décrit, qui se rencontre constamment dans les tissus adénoïdes.

On se rappelle qu'Onimus, après avoir retiré la sérosité d'un vésicatoire et l'avoir privée par filtration de ses éléments organisés, l'enferme dans de petits sacs de peau de chamois qu'il place ensuite dans le tissu sous-cutané de lapins; au bout de 2 ou 3 jours, cette sérosité contient un nombre variable de leucocytes, et Onimus en conclut que les corpuscules se sont formés de toutes pièces du blastème, et, par analogie, il prétend qu'il se fait une génération spontanée dans le sérum partout où il s'en trouve.

Johnstone a répété ces expériences en les poussant plus loin; ainsi, au lieu du blastème seul, il s'est servi de 4 liquides différents, et dans tous les cas il a examiné non seulement les liquides, mais encore la peau de chamois après l'avoir retirée des tissus de l'animal.

Les quatre liquides étaient : 1° la sérosité du vésicatoire; 2° une solution faible de chlorure de sodium dans l'eau; 3° un mélange de celle-ci avec du blanc d'œuf, et enfin le blanc de l'œuf seulement. Les animaux employés furent des chats; la durée des expériences fut de 17 à 50 heures; l'épaisseur des sacs membraneux fut dans la plupart des cas d'une feuille de peau de chamois, et dans deux cas de deux. Dans tous les cas le sac et le blastème furent examinés avant leur introduction sous la peau de l'animal, pour s'assurer qu'ils ne contenaient pas d'éléments organisés. Dans tous les cas, sauf ceux dans lesquels on avait employé une membrane vernie, on trouva des leucocytes dans le blastème, et chaque fois qu'on en trouva dans le liquide, les parois du sac en étaient infiltrées.

Les seules conditions qui semblèrent exercer une influence sur le nombre des corpuscules furent l'épaisseur du sac et la longueur de temps pendant lequel le sac demeura sous la peau. Lorque ces conditions étaient les mêmes, il y avait juste autant de corpuscules dans la solution de chlorure de sodium ou dans les mélanges du blanc d'œuf que dans la sérosité. Dans les cas où la peau de chamois était en double, après un temps plus long que d'ordinaire, on trouva peu de corpuscules dans le blastème et dans la couche interne du sac, mais l'externe en contenait un grand nombre.

On conclut forcément de ces faits que les corpuscules émigrent à travers la paroi des sacs, comme ils font pour l'intérieur des ligatures de catgut mises dans les mêmes conditions.

Les globules blancs n'ont donc pas l'origine que leur attribue Onimus, mais d'où viennent-ils? Pour répondre à cette question, l'auteur en est amené à rechercher l'origine et les fonctions du tissu adénoïde, qu'il recommande d'étudier sur de jeunes animaux. Ses études dans les différents organes, dont il indique le mode de préparation pour les coupes microscopiques, lui ont démontré :

1° Qu'il faut des preuves meilleures et plus nombreuses avant qu'on puisse admettre que les corpuscules lymphatiques naissent toujours d'un blastème; 2° que les corpuscules rouges et blancs du sang naissent des granules du réticulum de matière vivante entre les fibres de tous les tissus adénoïdes; 3° que dans différents organes il y a une différence de proportion des globules rouges aux globules blancs produits; 4° que le tissu adénoïde est myxomateux, et à proprement parler un reste de la vie fœtale; 5° que ce tissu est comme une substance de réserve, dont les globules rouges du sang se forment pendant toute la durée de la vie; 6° qu'il est très probable que l'épuisement de cette substance joue un rôle important dans l'atrophie sénile et dans les autres conditions torpides des vieillards. L.-H. PETIT.

Blutkörperzählungen bei traumatischer Anämie (Numérations des globules rouges dans l'anémie traumatique), par F. LYON (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, *t. LXXXIV*, *p.* 207).

Ces recherches sont destinées à compléter celles de Hühnerfauth (*Archiv. für path. Anat. und Phys.*, t. 76) dont elles reproduisent d'ailleurs les points essentiels : elles ont été faites au moyen des pro-

cédés de numération perfectionnés décrits par l'auteur et son maître Thoma.

Des expériences préalables sur le sang d'un chien et de l'auteur lui-même démontrent qu'il n'existe pas, dans le cours de la même journée, de différence appréciable dans le contenu du sang en corpuscules rouges : que, par suite, l'influence des repas ne se fait sentir que peu à peu.

L'anémie traumatique provoquée chez les chiens a été poussée à ses extrêmes limites. Pendant et immédiatement après la perte de sang, on constata dans tous les cas une diminution du chiffre des corpuscules rouges. Cette diminution était déjà appréciable lorsque la perte de sang ne représentait que 2 0/0 du poids de l'animal. Il n'a pas été possible de savoir si, comme le prétend Lesser, cette diminution est subite ou bien si elle ne s'établit que lentement. Mais ce qui est certain, c'est que dans le cas où la perte de sang est considérable, la diminution est progressive pendant plusieurs jours après l'opération, et que le chiffre normal n'est atteint de nouveau qu'au bout de plusieurs semaines.

Voici le résumé des résultats obtenus par les auteurs à cet égard :

	Proportion du sang au poids du corps.	Époque du chiffre minimum.	Rétablissement.
Lyon.....	4.50 0/0	3e jour.	31e jour.
Buntzen	4.42 —	2e —	34e —
Hühnerfauth...	4.27 —	3e —	
Lyon.....	3.94 —	3e —	19e —
Buntzen	2.39 —	1e —	14e —

Il resterait à savoir encore quelle est l'influence de l'abondance de la perte de sang sur le chiffre des globules. Ce point serait utile en pratique, puisqu'il permettrait de reconnaître d'après la proportion des globules rouges du sang l'importance d'une hémorragie. Or, l'examen des chiffres présentés par l'auteur permet uniquement de dire ceci : plus l'hémorragie est sérieuse, plus la proportion des hématies baisse. Il est impossible d'établir une graduation exacte de ces faits.

Quant aux globules blancs, on remarque qu'ils augmentent notablement quelques heures après l'hémorragie.

Les résultats obtenus ci-dessus sur des chiens, ne représentent en aucune façon ce qui se passe chez le lapin.

Les observations faites sur l'homme sont sujettes à une foule de causes d'erreur et ne présentent pas, d'autre part, les mêmes éléments de précision que sur le chien. Néanmoins, les recherches faites sur un certain nombre d'opérés permettent de dire :

Dans l'anémie traumatique de l'homme, les leucocytes éprouvent les mêmes oscillations que dans celle du chien. Dans les grandes hémorragies, le chiffre des corpuscules rouges tombe avec une certaine lenteur et progressivement pendant plusieurs jours : dans les hémorragies légères, il tombe rapidement et ne persiste guère.

Quant à la durée nécessaire pour que le chiffre des hématies redevienne normal, on peut dire, en thèse générale, qu'elle est la même que chez le chien.

C. ZUBER.

I. — **Ein verbesseter Sphygmo-und Cardiograph, par S. BASCH** (*Zeit. f. klin. Med., Band II, Heft 3*).

II. — **Die Messung des Blutrucks am Menschen mittelst des Baschschen Apparates (Mensuration de la pression sanguine de l'homme par l'appareil de Basch), par Ignaz ZADEK** (*Ibid., Band II, p.* 509).

III. — **Ueber Blutdruckmessungen am Menschen unter pathologischen Verhältnissen (Sur la pression sanguine de l'homme à l'état pathologique), par P. CHRISTELLER** (*Ibid., Band III, p.* 88).

I. — Nous ne saurions ici décrire l'appareil de Basch, nous ne pouvons qu'indiquer son principe. On exerce sur une artère reposant sur un plan résistant (telle est la radiale au poignet), une pression mesurable. Le chiffre de la pression nécessaire pour éteindre le pouls au delà du point comprimé indique le chiffre de la tension artérielle.

II. — Zadek a employé l'appareil de Basch pour faire une série de recherches sur la tension artérielle de l'homme.

Voici leurs principaux résultats :

La tension physiologique de la radiale peut varier de 70 à 150 millimètres de mercure; mais dans la grande majorité des cas, ces variations sont beaucoup moindres et oscillent entre 100 et 130 millimètres.

La pression a des variations diurnes semblables à celles de la fréquence du pouls, de l'excrétion de l'urée et de l'acide carbonique. Elle s'élève dans l'après-midi sans que cette élévation soit en rapport avec le repas et baisse vers le soir. L'élévation est de 8 à 15 millimètres de mercure, rarement davantage.

L'action des muscles augmente la pression (en augmentant l'action du cœur) de 10 à 20 millimètres, et de 30 millimètres lorsque l'effet est plus considérable.

Après le repas, la pression augmente de 10 à 20 millimètres probablement parce que la masse sanguine s'est accrue.

Dans la fièvre intermittente, la pression monte à la période de chaleur et tombe dans le stade de sueur. En un mot, pendant l'accès de fièvre, les trois courbes de la température du pouls et de la pression sont sensiblement parallèles.

L'examen de la tension dans la fièvre récurrente a donné des résultats contradictoires.

Dans la fièvre typhoïde, l'augmentation de pression est proportionnelle à l'élévation de température, et, si on abaisse la température par des bains froids, la pression baisse également.

Dans la pneumonie fibrineuse, la température, le pouls et la pression ont une marche identique.

En résumé, dans les affections fébriles, l'élévation de température amène une augmentation de pression, variant de 30 à 60 millimètres de mercure. L'auteur ne cherche pas à décider si elle doit être rapportée à une augmentation de l'activité cardiaque, à une action sur le système nerveux central ou ganglionnaire.

Dans l'air comprimé, la pression sanguine augmente, ce qui est peut-être dû à la compression des parties périphériques, amenant un refoulement du sang vers les gros vaisseaux.

III. — Christeller a entrepris, sur l'homme, une série de recherches, dans le but d'apprécier la tension sanguine dans divers états pathologiques. Ces recherches ont également été faites avec l'appareil de Basch.

Dans diverses affections du cœur, la pression oscilla entre 110 et 140 millimètres de mercure. Les effets produits par l'administration de la digitale n'ont pas toujours été identiques, mais très souvent elle amena une élévation notable de la pression.

Dans la néphrite chronique, on constate une augmentation de pression à l'époque où l'exploration physique de l'appareil circulatoire (notamment celui du cœur) révèle des lésions; avant cette période, l'appareil employé n'a rien relevé d'anormal.

L'empoisonnement par le plomb élève la tension artérielle. Les recherches ont été faites sur des sujets atteints de colique de plomb.

Chez les individus sains, une injection de 1 centigramme de morphine produit une dépression artérielle d'au moins 20 millimètres; sa durée est indéterminée, mais au bout de vingt-quatre heures la pression est toujours redevenue normale. Ces résultats diffèrent de ceux de Binz, qui admet bien une dépression sous l'influence de la morphine, mais l'admet seulement pour les doses toxiques.

L'ergotine augmente la pression. Il fut fait une seule expérience avec le chloral, elle donna une brusque élévation suivie d'une chute rapide.

L'appareil de Basch ne peut, suivant l'auteur, que donner des résultats relatifs. Il est excellent lorsqu'on étudie les phénomènes produits par une substance toxique et que, sur un même individu, on compare les chiffres du manomètre aux diverses périodes de l'expérience; son emploi est limité lorsqu'on veut connaître la pression dans un état pathologique, ou comparer la pression de plusieurs individus. M. DEROYE.

Ueber die hämorrhagische Infection (De l'infection hémorragique), par A. CECI (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak., Band XIII, Heft 6, p.* 461).

Une femme meurt dans le service du professeur Jacksch, à Prague. Pendant la vie, on avait porté le diagnostic de scarlatine hémorragique; après l'autopsie, on porte le diagnostic de variole hémorragique. Ceci inocula du sang à des lapins, directement, ou après culture dans l'urine. Ces lapins présentent une sorte de diathèse hémorragique aiguë et de la fièvre. On trouva dans le liquide de culture et dans les organes des animaux morts des organismes, les uns ovoïdes, les autres sphériques, les autres encore en forme de bacillus. Ceci en tire cette conclusion qu'il existe une diathèse hémorragique aiguë infectieuse, déterminée par la présence d'organismes spéciaux. Comme il n'existe pas de modification appréciable des globules du sang, c'est sans doute à une modification des parois vasculaires que sont dues les hémorragies. A. MATHIEU.

I. — Recherches sur les propriétés infectieuses du tubercule, par Hip. MARTIN (*Arch. de physiol.*, 1881).

II. — Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanée et expérimentale des

séreuses (tuberculose et scrofulose), par Hip. MARTIN (*Archives de physiologie*, 1881).

I. — 1° La matière tuberculeuse inoculée localement détermine après incubation la formation d'un tubercule local auquel succède, après un temps variable, une tuberculose généralisée. Peut-être même, fait non encore absolument démontré, le virus tuberculeux acquiert-il une intensité croissante lorsqu'on l'inocule, en séries, à des animaux d'espèces très voisines ou mieux de la même espèce;

2° Si on inocule, au contraire, de la même façon, la matière morbide extraite des tubercules consécutifs à l'inoculation de corps étrangers non tuberculeux, elle ne donne jamais une tuberculose généralisée; elle perd même dès le deuxième terme de la série, au plus tard dès le troisième, la propriété de déterminer une inflammation locale, et devient absolument inoffensive, si on s'est mis à l'abri de toute cause d'infection tuberculeuse;

3° Il y a donc lieu de décrire un tubercule infectant, tubercule légitime et un tubercule infectant non généralisable, auquel il conviendrait peut-être de ne point conserver une dénomination qui prête à confusion;

4° — Les tubercules qui se développent dans la zone réactionnelle périphérique d'une tumeur blanche, d'un abcès froid, d'une gomme syphilitique, dans un lupus, ou enfin autour d'un corps étranger quel qu'il soit, ne devront être considérés comme relevant de la diathèse tuberculeuse que lorsqu'on aura démontré par l'inoculation qu'ils possèdent les propriétés infectieuses du tubercule légitime.

II. — Les recherches de M. Hip. Martin l'ont conduit aux conclusions qui suivent:

1° Dans les séreuses, les néoformations tuberculeuses s'accompagnent souvent, comme l'ont dit Kiener et Poulet, de néoformations vasculaires nombreuses. Les capillaires nouveaux ne sont, tantôt que le prolongement des capillaires préexistants, et tantôt ils se forment d'une manière indépendante, aux dépens d'éléments vaso-formateurs;

2° En irritant ces mêmes séreuses au moyen d'agents très variés pris dans le règne animal ou dans le règne végétal, on détermine l'apparition de vaisseaux capillaires semblables et dus aux mêmes procédés d'histogénèse, ce qui prouve que ces néoformations ne sont nullement caractéristiques de la granulation tuberculeuse. On obtient, par ces mêmes expériences, des productions pathologiques variées et qui ressemblent absolument soit à ce qu'on a appelé granulation adulte, véritable granulation tuberculeuse, soit aux granulations dites jeunes, simples, nodules, primitives, etc. Comme la variété de néoformation pathologique ainsi expérimentalement produite est toujours en rapport avec la puissance inflammatoire des corps étrangers, M. Martin en conclut que les variétés de tubercule chez l'homme ne prouvent pas la variété de diathèse, mais simplement le plus ou moins d'activité inflammatoire de l'agent producteur, quel qu'il soit.

C'est en se basant sur l'unité de structure des lésions que l'on a reconstitué l'unité de la tuberculose, et ce fut là le grand mérite de Grancher, de Thaon et de leurs successeurs. Mais, et contrairement à toute attente, l'étude sérieuse et plus approfondie du tubercule oblige à

admettre qu'une délimitation de la diathèse tuberculeuse uniquement basée sur la structure anatomique du tissu pathologique n'est plus à l'abri de la critique; il faut aujourd'hui, et jusqu'à nouvel ordre, un critérium plus absolu.

Comment donc distinguer entre deux lésions identiques celle qui est tuberculeuse de celle qui ne l'est pas? Il faut s'adresser à la pathologie expérimentale et ne rapporter à la diathèse tuberculeuse que les productions morbides qui possèdent les propriétés d'infection et de généralisation dans cet organisme et dans une série d'autres organismes à la suite d'une série d'inoculations semblables;

3° Si on injecte de fines poudres dans le torrent circulatoire de cochons d'Inde et de lapins, pendant qu'on détermine des inflammations spéciales de leur péritoine, on retrouve les grains de poudre dans quelques cellules géantes et lymphoïdes. C'est un argument sérieux en faveur de l'origine intravasculaire des éléments qui sont la matrice de la néoplasie tuberculeuse. Ces éléments engloberaient dans le torrent circulatoire des particules (?) tuberculeuses, et semblables alors à la cellule qui a absorbé cet autre corps étranger irritant, mis expérimentalement à sa portée; ils détermineraient la formation de telle ou telle variété de lésion tuberculeuse, selon le nombre ou le degré de puissance inflammatoire des particules tuberculeuses qu'ils contiennent;

4° M. Martin croit qu'il n'y a pas de néoplasie pauvre, selon l'expression souvent employée, et destinée par le seul fait de sa nature, à une dégénérescence rapide. La caséification du tubercule doit être mise sur le compte exclusif des troubles vasculaires et principalement de l'endartérite progressive. Cette lésion vasculaire qui est, pour M. Martin, le point de départ de la néoplasie tuberculeuse (inflammation d'un capillaire, diapédèse consécutive et apparition d'une granulation miliaire) est aussi la cause la plus active de sa nécrobiose; l'inflammation proliférative de la tunique interne des vaisseaux s'avance plus ou moins rapidement des capillaires vers les troncs de plus en plus volumineux et parallèlement le tubercule se caséifie dans toute l'étendue du domaine vasculaire du vaisseau oblitéré.

5° Enfin s'il n'est pas démontré que toutes les cellules géantes dues à des corps étrangers, et toutes les cellules géantes tuberculeuses sont vasoformatives, du moins quelques-uns de ces éléments ont bien une destination semblable, puisque M. Martin a observé des spécimens de cette nature. V. HANOT.

Zur Lehre von der Inhalationstuberculose (Contribution à l'étude de la tuberculose développée par voie d'inhalation), par H. BERTHEAU (*Deutsch. Archiv für klin. Medicin, Band XXVI, Heft* 5 *et* 6).

L'auteur a expérimenté sur trois chiens et une chèvre qu'il enfermait dans des caisses de bois, divisées en deux compartiments par un treillage en fil de fer. Le compartiment postérieur servait de local proprement dit à l'animal; dans le compartiment antérieur se trouvait installé un pulvérisateur destiné à charger l'atmosphère de matières tuberculeuses recueillies sur des cadavres humains et des crachats de phtisiques parvenus à la dernière période du marasme. La quantité de liquide utilisée

pour chaque pulvérisation était de 150 à 250 grammes; la durée de la pulvérisation était de 20 minutes.

Chez les quatre animaux en expérience, ces inhalations ont abouti à provoquer une éruption de nodosités miliaires. Cette éruption est précédée d'une période d'incubation de quinze jours environ, comme il résulte d'expériences faites sur d'autres animaux de la même espèce, tués peu de temps après l'inhalation.

Les nodosités miliaires étaient uniformément disséminées à la surface des deux lobes, mais on en trouvait également dans l'épaisseur des poumons. Les plus petits de ces tubercules étaient interstitiels : c'étaient des foyers d'infiltration dépourvus de vaisseaux, constitués par un réticulum serré dont les mailles emprisonnaient de petites cellules lymphoïdes et d'autres plus volumineuses, de nature épithélioïde. Les nodosités plus volumineuses résultaient de la confluence d'un certain nombre de ces nodosités du premier degré. A leur périphérie se développait une légère infiltration de la paroi alvéolaire, avec prolifération cellulaire. Ces produits pathologiques sont, suivant l'auteur, l'équivalent du tubercule miliaire chez l'homme. F. LABADIE-LAGRAVE.

Tuberculose, par RINDFLEISCH (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXXV, p. 71).

C'est sans doute l'actualité de la question de la tuberculose infectieuse qui a suggéré à Rindfleisch l'idée de résumer dans un court mémoire les opinions qu'il professe à l'égard des différentes formes de la phtisie. Voici en résumé les parties les plus importantes traitées par le savant anatomo-pathologiste.

Tout d'abord il lui parait évident que la tuberculose est une maladie éminemment infectieuse; qu'elle se transmet couramment de l'homme aux animaux par l'inoculation, et s'il y a peu de faits qui parlent en faveur de la transmissibilité de l'homme à l'homme, c'est vraisemblablement parce que l'espèce humaine s'est jusqu'à un certain point acclimatée à cette maladie. Ainsi, dans l'origine, la tuberculose a dû être une maladie analogue à ce qu'est la syphilis de nos jours. Elle possédait et elle possède encore la faculté de se transmettre par hérédité. Avec le temps le poison est passé à l'état de patrimoine commun pour toutes les générations successives, lesquelles, en raison de cela même, ont acquis un certaine immunité contre l'infection venue du dehors. Par contre, dès que les conditions essentielles de la santé s'amoindrissent (misère physiologique, etc.), la tuberculose se manifeste à nouveau.

Donc elle est infectieuse et invétérée comme la lèpre qui, autrefois était une maladie contagieuse et qui, aujourd'hui, ne se transmet plus guère que par hérédité.

Voici quelles sont, pour l'auteur, les différentes formes de l'inflammation tuberculeuse, envisagée au point de vue du développement histologique.

1. Tuberculose miliaire disséminée. On trouve dans la plupart des organes des tubercules miliaires et submiliaires. Forme éruptive typique.

2. Une tuberculose miliaire plus localisée. Un organe spécial est le

siège principal de l'éruption et de l'inflammation ; les autres organes sont moins atteints.

3. Tuberculose miliaire tout à fait localisée. La phtisie tuberculeuse.

4. Des processus inflammatoires (suppurations de marche lente, liées avec de la tuberculose ganglionnaire). Inflammations caséeuses chroniques et scrofuleuses.

Ou bien le poison tuberculeux agit comme seule cause inflammatoire (tuberculose disséminée), ou bien il détermine, en communauté avec d'autres causes d'irritation, la marche d'une inflammation locale (tuberculose localisée). Le tubercule miliaire est-il véritablement un produit spécifique de la tuberculose ? on serait tenté de le croire ; cependant la forme inflammatoire élémentaire se retrouve chez des individus atteints de tuberculose héréditaire, dans les processus non miliaires empreints du sceau caractéristique de l'inflammation tuberculeuse.

Le produit inflammatoire consiste en un déplacement lent de cellules dans le tissu conjonctif de la partie enflammée : ces cellules deviennent caractéristiques lorsque l'exsudat a séjourné assez longtemps en un certain point.

Une partie des cellules d'exsudat prend un caractère épithélioïde : elles diffèrent des globules sanguins par leur taille, 2 à 5 fois plus grande, et par la nature du protoplasma et des noyaux. Les cellules épithélioïdes sont d'abord dispersées assez irrégulièrement dans la néoplasie spécifique. Elles prennent plus d'importance dans certains endroits et constituent des rangées continues et des foyers arrondis : elles s'accumulent surtout à la surface de parties isolées du tissu conjonctif.

Un autre produit épithélial de la néoplasie tuberculeuse inflammatoire offre plus d'intérêt : ce sont les cellules géantes à plusieurs noyaux que l'on a été tenté, à cause de leur fréquence, de considérer comme éléments pathognomoniques. La grosseur égale des noyaux de ces cellules, leur forme ovale rappellent tout à fait un stratum épithélial en voie de développement.

L'auteur considère ces cellules comme une formation épithéliale ; produit accessoire du reste.

Après la formation de centres de néoplasie tuberculeuse, il apparaît une substance albuminoïde à gros noyaux qui les disperse ou les enveloppe. Ce liquide a une influence remarquable sur la direction des cellules, qui se disposent en peson de fuseau perpendiculairement à l'axe des amas tuberculeux. Ces cellules perdent leurs noyaux et se fondent en partie en une substance filandreuse qui devient peu à peu homogène.

La caséification des produits inflammatoires tuberculeux est plutôt une nécrose résultant d'un manque de nutrition qu'un élément tuberculeux spécifique.

Reprenant ensuite l'étude des affections tuberculeuses, l'auteur dit en substance ce qui suit :

Dans la tuberculose d'inoculation, la maladie générale l'emporte sur les processus locaux, qui ne dépassent pas une infiltration très dense du tissu conjonctif périvasculaire.

Dans la tuberculose disséminée, à côté de la maladie générale, on trouve plus ou moins de petits foyers de tuberculose inflammatoire résul-

tant de l'empoisonnement' tuberculeux qui s'est préparé seul dans un organisme héréditairement tuberculeux.

Dans les inflammations chroniques, les individus étant héréditairement tuberculeux, les infiltrations dans le tissu conjonctif séjournent longtemps en un même lieu et prennent le caractère épithélioïde.

Dans la tuberculose miliaire localisée, il s'agit d'individus tuberculeux par hérédité chez lesquels les processus inflammatoires ont produit une nouvelle quantité de poison tuberculeux qui se propage dans le voisinage et amène une éruption de tubercules miliaires. Cette propagation se fait par les voies lympathiques et non par les voies sanguines; aussi la lésion peut-elle rester limitée assez longtemps. E. B.

Note sur le tissu réticulé des granulations tuberculeuses du poumon, par CHAMPEIL (*Arch. de Physiol.*, 1881).

Dans certaines formes de tuberculose à lente évolution, les granulations initiales s'agrandissent peu à peu et deviennent colossales par suite de la transformation de leur zone fibreuse périphérique ou bourgeons de tissu reticulé vrai, tissu qui restera réticulé, ou qui deviendra plus tard fibreux, ou enfin dont les vaisseaux s'oblitéreront de façon à déterminer de nouveaux points de caséification.

La marche des nodules tuberculeux pulmonaires prend alors la constitution exacte d'une granulation de lupus tuberculeux (Colomiatti, Chandelux et Larroque). Dans les deux cas, on voit le tissu réticulé vrai prendre une large part à la constitution de la lésion et s'accroître par une transformation régulière du tissu fibreux au sein duquel elle évolue.

Il serait prématuré de conclure, sur ces données, que toutes les granulations tuberculeuses du poumon présentent un stroma adénoïde. Le tissu réticulé n'est ici qu'un organe de lente extension. Dans les cas, en effet, où des granulations discrètes sont semées dans le parenchyme pulmonaire, où elles ont une disposition à s'organiser peu à peu, elles deviennent l'origine de petits foyers inflammatoires à tendance évolutive peu accusée et peu hâtive. Si de pareils foyers formés de cellules embryonnaires ayant les propriétés générales des cellules lymphatiques, étaient très vite privés de leur vitalité, ils donneraient naissance à des îlots caséeux. Dans le cas considéré, les cellules migratrices, accumulées dans les intervalles des granulations, et dans les espaces interfasciculaires du tissu fibreux qui les entoure ou qui est semé le long des bronches et des artères, ont lentement édifié des nappes et des bourgeons de tissu réticulé par un mécanisme qui leur est propre, et dont l'exemple le plus frappant est donné par la fenêtration de certaines membranes séreuses, telles que l'épiploon, et mieux encore par la fenêtration progressive des néomembranes pleuropulmonaires. V. H.

Ueber den Einfluss von Fieber auf die Resorption (De l'influence de la fièvre sur la résorption), par N. SASSESKY (*St-Petersburg., med. Wochensch.*, n° 14, 1880).

Expériences faites sur l'homme. On administrait aux malades, par des procédés divers, des substances facilement absorbées par l'organisme et aisément retrouvées par les réactifs.

Dans la plupart des cas, la fièvre accélère la résorption, contrairement à l'opinion courante : cependant il peut exister des états fébriles dans lesquels la résorption est retardée : cela dépend un peu des individus. Cette suractivité absorbante tient probablement à ce que la circulation sanguine est plus active dans la fièvre ainsi que l'échange des matériaux et que l'osmose se fait plus rapidement dès que la température s'élève. Z.

Experimentelle Beiträge zur Elektrotherapie des Gehirns (Contribution expérimentale à l'étude de l'électrothérapie du cerveau), par L. LŒWENFELD (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 8, 1881).

L'auteur se propose d'étudier l'action des courants électriques dirigés dans le sens antéro-postérieur ou transversal, sur la circulation intracrânienne et de donner ainsi une base physiologique à l'électrothérapie du cerveau.

Il rappelle les expériences de Legros et Onimus (1872) et l'expérience unique de Letourneau (1879). Les recherches ont porté sur quarante animaux : les courants étaient appliqués par la méthode percutanée et quelquefois, comme l'ont fait Legros et Onimus, en mettant un pôle au cou et l'autre à la surface du cerveau.

Les principaux résultats sont les suivants :

1° Les courants de direction descendante (pôle positif au front, pôle négatif au cou) déterminent un retrécissement des artères de la pie-mère.

2° Les courants ascendants (pôle positif au cou, pôle négatif au front) déterminent la dilalation des artères.

3° Quand le courant est dirigé transversalement à travers la tête, la dilatation se fait du côté de l'anode, le rétrécissement au cathode.

4° Les courants d'induction à direction antéro-postérieure produisent une augmentation de la masse sanguine dans le cerveau. Ce dernier point demande de nouvelles recherches. G. HOMOLLE.

Sclérose du pancréas, déterminée chez le lapin par la ligature du canal de Wirsung, par ARNOZAN et VAILLARD (*Gaz. méd. de Paris*, n° 45. — *Soc. de biol.*, 15 *octobre* 1881).

Les auteurs ont recherché quelles sont les altérations qui surviennent à la suite de la ligature du canal de Wirsung chez les lapins, et de leurs expériences ont tiré les conclusions suivantes :

Le fait capital qui nous paraît résulter de nos observations, c'est que la ligature du canal de Wirsung détermine chez le lapin une véritable cirrhose du pancréas. Cette cirrhose paraît débuter autour des canaux excréteurs, car c'est à leur circonférence que l'on trouve toujours les lésions les plus avancées, le tissu conjonctif dont les faisceaux sont les plus serrés. De là en suivant les tractus inter-acineux, les lésions gagnent les espaces inter-lobulaires, où elles se développent avec rapidité : la sclérose devient ainsi intra et circumlobulaire, et les éléments propres de la glande cèdent peu à peu la place d'une part aux canaux, qui se dilatent, de l'autre au tissu conjonctif, qui prolifère. Au quatorzième jour, l'atrophie du tissu glandulaire est déjà très avancée.

Les lésions péricanaliculaires évoluent parallèlement aux lésions de la tunique épithéliale des conduits; il est donc probable qu'il s'agit là d'une cirrhose viscérale épithéliale, produite suivant le type décrit par M. Charcot.

La rapidité d'évolution de cette cirrhose est des plus remarquables, surtout si on la compare aux lésions analogues de la parotide, que nous avons étudiées chez le chien dans une précédente communication, et qui, au trentième jour, sont à peine aussi avancées que les lésions, dont il est actuellement question au septième ou même au quatrième.

OZENNE.

Sur un nouveau symptôme de troubles de la fonction biliaire, par R. LÉPINE et GUÉRIN (*Revue de médecine, janvier et novembre* 1881).

Ce travail, basé sur douze observations avec analyses minutieuses, peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Il est possible chez l'animal, soit en établissant une fistule biliaire dans la cavité péritonéale, soit en maintenant pendant quelques heures les voies biliaires sous pression, de déterminer le passage dans l'urine d'une proportion extraordinaire de soufre incomplètement oxydé. La majeure partie de ce soufre est difficilement oxydable, ce qui est une raison de plus pour admettre qu'il a une origine biliaire, la taurine et ses dérivés étant fort difficilement oxydables;

2° Chez l'homme, surtout lorsque l'excrétion de la bile est gênée, on peut constater la même anomalie de l'urine, à un degré moins prononcé. En général, elle est passagère, si bien, qu'en très peu de jours, elle peut être suivie d'un état inverse ou d'un retour à l'état normal. En tout cas, ce qui la caractérise d'une manière essentielle, ce n'est pas l'accroissement du soufre incomplètement oxydé, c'est l'augmentation de la proportion du soufre difficilement oxydable.

LANDOUZY.

Ueber Veränderungen des Blutes und der Muskeln nach ausgedehnten Hautverbrennungen (Altérations du sang et des muscles à la suite des brûlures étendues de la peau), par TAPPEINER (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, nos 21 *et* 22, 1881).

Ces recherches ont été faites sur quatre hommes vigoureux, de 17 à 23 ans, morts peu d'heures (5 heures 3/4, 15 heures, 17 heures et 12 heures) après de vastes brûlures, intéressant les deux tiers environ de la surface du corps. Dans trois cas, le feu avait pris aux vêtements ; dans le quatrième, la brûlure avait été produite par la vapeur d'eau.

Le sang extrait avec soin du cœur et des gros troncs veineux fut divisé en deux parties : l'hémoglobine du sérum fut dosée, dans l'une, après addition d'une solution de chlorure de sodium et précipitation des globules; dans l'autre portion, on fit le dosage de l'hémoglobine totale par la méthode de Vierordt. Le sérum ne renfermait d'hémoglobine que dans les trois premiers cas, dans la proportion de 2.5, 0.96 et 0.5 0/0 de la quantité absolue de matière colorante contenue dans le sang. Une seule fois, l'urine renfermait de l'hémoglobine; on ne put rechercher dans ce liquide les produits de destruction de la matière colorante.

Il était impossible de supposer que dans aucun de ces quatre cas, la mort eût pour cause les altérations des globules.

Le sang était poisseux, et la proportion d'eau y était très notablement diminuée, tandis que le chiffre relatif des globules était très fortement accru, comme le montrent les analyses :

	Eau pour 100 parties.	Hémoglobine pour 100 vol.	Globules rouges.
N° 1	70,17	19,23	8,96 millions par centimètre cube.
2	71,61	18,05	7,81
3	71,69	17,21	8,40
4	70,28	19,70	»

La proportion d'eau est moindre que dans les cas de choléra étudiés par C. Schmidt, et très inférieure au chiffre normal (78,8 à 82,4).

La concentration du sang doit avoir pour résultat l'accumulation dans les tissus de produits des échanges nutritifs. Dans les trois premiers cas en effet, la présence de l'urée put être reconnue d'une manière certaine dans les muscles ; il n'en fut pas de même du quatrième cas. Contrairement à ce qui arrive dans le choléra, la proportion d'eau contenue dans les muscles n'avait pas diminué (sauf dans le premier cas).

La concentration du sang ne peut avoir d'autre cause que la transsudation exagérée qui se fait au niveau des surfaces brûlées. La transsudation d'un kilogramme d'eau suffit pour donner au sang le degré de concentration qui a été constaté par l'analyse. Une expérience faite sur un lapin a démontré qu'il se fait par les surfaces de brûlure une déperdition considérable de liquide et que, sous cette influence, la proportion d'eau diminue rapidement dans le sang.

Suivent d'autres expériences ayant pour objet de déterminer dans quelle mesure les lapins résistent à la soustraction d'eau.

Il est probable, d'ailleurs, que l'épaississement du sang, après les brûlures, ne reconnaît pas pour seule cause une simple déperdition d'eau, qui devrait s'accompagner comme dans le choléra d'une diminution simultanée de la quantité d'eau contenue dans les tissus. Ce qui fait le danger spécial de la déperdition du liquide, c'est sans doute que ce liquide est une sérosité analogue au plasma sanguin. Le sang des sujets brûlés diffère surtout du sang normal par la proportion très forte de globules qu'il renferme ; dans ces conditions, il ne favorise guère l'afflux de l'eau des tissus ambiants. Les accidents des brûlures pourraient être comparés à ceux que déterminent les grandes déperditions de lymphe. Il faut remarquer toutefois, qu'à la suite des grandes brûlures, la pression sanguine baisse rapidement (Sonnenburg et v. Lesser), tandis qu'elle reste longtemps élevée dans le cas de déperdition de lymphe. G. HOMOLLE.

Ueber Resorption im Magen (De la résorption dans l'estomac), par TAPPEINER (*Zeitschr. f. Biol., Band XVI, p.* 497).

Recherches expérimentales faites au moyen d'une fistule gastrique Conclusion : l'estomac absorbe beaucoup moins que l'intestin les solutions aqueuses, mais il absorbe très bien l'alcool étendu et les solutions alcooliques. L. D.-B.

Zur Frage nach der Ursache des ersten Athemzuges der Neugeborenen (De la cause de la première inspiration du nouveau-né), par Max RUNGE (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band VI, Heft II, p.* 395).

Deux théories ont été émises sur la cause de la première inspiration. Schwartz (*Die vorzeitigen Athembewegungen*. Leipzig, 1858, et *Archiv für Gynækologie,* Band I) soutient que la première inspiration est provoquée par la cessation des échanges gazeux entre la mère et l'enfant, et par l'altération qui en résulte pour le sang fœtal. D'autres auteurs admettent que la cause principale, sinon exclusive, de ce premier mouvement respiratoire est l'excitation des nerfs sensitifs, excitation produite par l'impression du froid que doit éprouver le nouveau-né par le fait de la différence entre la température intra-utérine et la température atmosphérique, par le fait de l'évaporation du liquide amniotique. Cette dernière théorie a été défendue recemment par V. Preuschen et Preyer, qui s'appuient sur les expérimentations faites par eux sur des animaux.

L'auteur a repris, de son côté, les expériences de Schwartz, et il est arrivé, comme lui, à cette conviction :

1° Qu'on ne peut, sur une femelle pleine, mettre un fœtus à découvert sans troubler la circulation placentaire, et, par conséquent, sans mettre ce fœtus en état d'asphyxie : l'expérimentateur n'agit donc plus sur un fœtus dans l'état apnéique normal de la vie intra-utérine;

2° Que chez les jeunes animaux rendus apnéiques par la respiration artificielle, l'excitation des nerfs cutanés ne détermine pas le retour des mouvements d'inspiration.

Max Runge a cherché à reproduire une des expériences de Reyer, qui lui semblait d'un poids considérable contre la théorie de Schwartz : c'est cette expérience, dans laquelle Preyer, incisant la paroi abdominale de la femelle au niveau de la tête d'un fœtus, met à nu le museau de ce fœtus, et voit presque immédiatement s'établir la respiration chez ce fœtus, bien que les veines ombilicales conservent leur teinte d'un rouge clair intense : il en conclut que la respiration peut, non seulement s'établir, mais se maintenir, sans qu'il y ait aucune perturbation dans les échanges gazeux entre la mère et l'enfant. Max Runge n'a pas obtenu des résultats aussi nets : il démontre d'ailleurs que la coloration de la veine ombilicale ne peut avoir la signification que lui attribue Preyer : car si l'on isole entre deux ligatures une anse du cordon, on voit cette anse conserver sa coloration, bien que toute communication avec le placenta soit interrompue.

L'auteur termine en réfutant l'argument tiré par Hoppe-Seyler de la conduite des accoucheurs qui, en cas d'asphyxie du nouveau-né, cherchent immédiatement à exciter les nerfs sensitifs de la peau : il y a là encore, suivant M. Runge, confusion entre l'état asphyxique et l'état apnéique, et pour lui la théorie de Schwartz reste debout dans ses points essentiels.

H. DE BRINON.

On sponge grafting (La greffe éponge), par D.-J. HAMILTON (*Edinb. med. journ., p.* 385, *novembre* 1881).

Sous ce titre, l'auteur rapporte de curieuses expériences qui consistent à appliquer comme pansement, dans des pertes de substance ulcéreuses, de petits fragments d'éponge préalablement décalcifiée et désilicifiée, et rendus antiseptiques par un séjour prolongé dans l'acide phénique. Dans ces conditions, il se fait un bourgeonnement rapide de tissu embryonnaire qui vient remplir les interstices de la charpente de l'éponge : il semble que les cloisons servent de point d'appel à une organisation cellulaire plus active, car au bout de quelques jours, en soumettant au microscope des fragments d'éponge ainsi modifiés, on y trouve des vaisseaux de nouvelle formation et un rudiment d'organisation. En même temps, le travail de bourgeonnement finit par absorber les cloisons de l'éponge, et il arrive un moment où celle-ci a complètement disparu pour faire place à un tissu de cicatrice.

L'auteur propose d'employer ce moyen spécial de cicatrisation pour éviter la rétraction des cicatrices vicieuses, et pour faciliter la réparation des grands ulcères. Il suppose qu'un tissu spongieux de ce genre fournirait un substratum excellent pour les consolidations osseuses, et d'une façon générale, conviendrait pour remplir toutes les cavités et pertes de substance accidentelles. H. R.

Sur les altérations pulmonaires produites par le séjour prolongé dans les chambres d'épuration des usines à gaz. Note de POINCARÉ (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, 28 *février* 1881).

Sur des animaux laissés pendant huit mois dans la salle d'épuration d'une usine à gaz, on trouve, à l'autopsie, des altérations pulmonaires qui, à l'examen microscopique, rappellent la structure des granulations de la méningite granuleuse des enfants. L'auteur, qui poursuit ses recherches, croit devoir publier ces premiers résultats qui lui paraissent de nature à montrer qu'il n'est peut-être pas tout à fait sans danger de conduire dans les salles d'épuration les enfants atteints de coqueluche.

M. D.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Ueber die Wirkung des Digitalins auf die Blutgefässe und das Herz (Action de la digitaline sur les vaisseaux sanguins et sur le cœur), par F. KLUG (*Archiv für Anat. und Phys.*, *p.* 457, 1880).

Chez les grenouilles, le premier et le plus remarquable effet de l'empoisonnement par la digitaline (surtout à petites doses) c'est l'accroissement de la pression. Cette accroissement résulte de l'action directe exercée par le poison sur les éléments musculaires de la paroi vasculaire. Les doses massives produisent une excitation prolongée (plusieurs minutes) du noyau du vague, après quoi, les battements du cœur reprennent leur fréquence habituelle. Le nerf vague conserve son irritabilité. Plus tard les battements du cœur s'affaiblissent et deviennent irréguliers, puis ils cessent complètement. Il y a une contraction permanente du ventricule qui est la conséquence de l'action exercée par la digitaline sur les éléments musculaires du cœur et qui ne peut être interrompue par l'excitation du nerf vague qui a conservé d'ailleurs son irritabilité.

Les recherches sur les mammifères se résument ainsi : La digitaline agit en général sur le système des vaisseaux sanguins du lapin moins énergiquement que sur celui du chien. A faible dose, elle accroît seulement la pression sanguine : avec des doses plus fortes il y a aussi une action exercée sur le cœur. Ces fortes doses introduites dans la veine jugulaire affaiblissent les battements du cœur en excitant le nerf vague. Bientôt après, les mouvements s'accélèrent. Cette accélération ne doit pas être attribuée à la paralysie du pneumogastrique, mais à la diminution d'irritabilité du noyau du vague et à l'augmentation d'irritabilité des ganglions cardiaques accélérateurs. Le nerf vague dont l'irritabilité était d'abord accrue, perd successivement cette irritabilité comme avait fait plus tôt le noyau même du nerf. La mort est le résultat de la paralysie du système nerveux central. L'élévation de la pression sanguine qui s'observe à la suite des injections de digitaline résulte de l'action du poison sur le centre vaso-moteur et sur les éléments de la paroi vasculaire. Cette dernière action explique l'accroissement de la pression du sang lorsque la digitaline est administrée après section préalable de la moelle épinière.

DASTRE.

Émétine et atropine. Action isolée et comparée de ces deux substances sur la fréquence des battements cardiaques chez la grenouille, par G. GRASSET et AMBLARD (*Montpellier méd.*, *août, septembre et octobre* 1881).

Ce travail est divisé en trois parties : 1° étude de l'action de l'émétine sur la circulation de la grenouille. 2° étude de l'action de l'atropine

seule. 3° action rapprochée ou simultanée de ces deux alcaloïdes sur le même animal mis en expérience. Dans chacun de ces chapitres, se trouvent d'abord les résultats antérieurement acquis, puis la relation des expériences personnelles aux auteurs, enfin les conclusions. Le nombre total des expériences faites par Grasset et Amblard est de 44. Un graphique joint au travail permet de suivre d'un coup d'œil la marche des pulsations dans chaque cas et sous les diverses influences.

I. *Action de l'émétine.* — 1. L'émétine directement appliquée sur le cœur ou injectée sous la peau *ralentit* les battements du cœur de la grenouille, ainsi que tous les observateurs l'ont constaté. Ce ralentissement peut aller jusqu'à l'arrêt complet du cœur en diastole. 10 et même 5 milligrammes appliqués sur le cœur ont toujours produit ce résultat; à partir de 2 milligrammes et au-dessous, les résultats sont différents suivant les animaux.

2. La *marche* du ralentissement n'est pas toujours la même : quelquefois il y a une période d'accélération initiale en général peu marquée (2, 4 pulsations, une seule fois 12 à la minute). Que celle-ci se soit produite ou ait fait défaut, on observe ordinairement au début, surtout quand on procède lentement par de faibles doses graduellement croissantes, une phase de ralentissement léger et progressif. Mais le phénomène caractéristique c'est la chute très brusque (50 0/0 en général) des pulsations produites par une dose minima d'émétine, variable suivant les grenouilles et qu'il est impossible de prévoir à l'avance. On n'y arrive que par tâtonnements. Dans certains cas 2 milligrammes ont suffi tandis que dans un autre 10 milligrammes n'ont pas été suffisants. Ce résultat se produit quelle que soit la voie d'application de l'émétine. Après cette chute brusque, qui se traduit sur la courbe par une descente verticale, le pouls s'immobilise au chiffre ainsi atteint ou bien il y a encore une phase de descente progressive peu accentuée.

3. En dehors de cette diminution de la fréquence, on peut encore noter d'autres modifications, survenues sous l'influence de l'alcaloïde dans les caractères des contractions cardiaques : affaiblissement; dicrotisme de la diastole, dicrotisme de la systole; caractère ondulé des contractures. Mais ces diverses modifications sont absolument distinctes du ralentissement. Elles ont été observées avant, pendant ou après la chute, quelquefois même tandis que le pouls était plutôt accéléré, etc. Le dicrotisme de la diastole précède le dicrotisme de la systole qui est un signe d'intoxication beaucoup plus grave.

II. *Action de l'atropine.* — Les conclusions de cette deuxième partie ne sont relatives qu'aux effets immédiats de *doses moyennes* d'atropine, répétées ou non à un intervalle variable. Sur 13 expériences, 3 ont été faites au moyen d'injection hypodermique, 11 par instillation cardiaque directe. Il est donc juste, comme le font remarquer les auteurs, de reconnaître que la plupart de leurs conclusions sont relatives à ces dernières.

Les doses essayées ont été très variées depuis 5 millièmes de milligramme jusqu'à 2 milligrammes 1/2 pour chaque injection. La résistance des grenouilles est très variable, puisque dans un cas, exceptionnel il est vrai, une grenouille a succombé avec 2 milligrammes tandis qu'une autre a pu recevoir 25 milligrammes sans mourir.

Le fait caractéristique est l'abaissement *graduel* du pouls, plus ou

moins accentué suivant les cas, mais jamais bien considérable (a varié de 3 à 32, une seule fois a atteint 44). Après être resté ou non un certain temps stationnaire à la limite inférieure, le pouls remonte graduellement vers le chiffre initial, dont il se rapproche beaucoup et qu'il atteint même quelquefois. En général l'amplitude des contractions a été conservée, quelquefois même augmentée. Quelquefois cependant on a pu noter un trouble passager (dicrotisme de la diastole, et même de la systole ; une seule fois, l'arrêt momentané du cœur en diastole immédiatement après l'application d'atropine).

Plus les instillations se répètent, plus les troubles de la contraction deviennent profonds tandis que le ralentissement ne s'accroît plus après un certain nombre d'instillations.

Bien que les effets de chaque instillation d'atropine disparaissent rapidement, pour paraître de nouveau aux instillations suivantes, on peut dire cependant qu'il y a une certaine accumulation d'effets, ou mieux que l'animal devient plus sensible à l'alcaloïde, puisque le dicrotisme par exemple n'apparaît pas aux trois premières instillations et ne cesse plus au contraire de se produire chaque fois à partir de la 4e.

III. *Action de l'émétine et de l'atropine sur le cœur de la grenouille.* — C'est la partie la plus neuve de ce travail. Les auteurs, en effet, n'ont trouvé aucune étude sur ce sujet; à peine Podwijssotzky (Voy. *R. S. M.*, XVI, 85) a-t-il avancé que ni les excitations mécaniques ni l'atropine ne peuvent réveiller les contractions d'un cœur de grenouille arrêté en diastole par l'émétine.

Grasset et Amblard insistent sur ce point que lorsqu'on veut étudier l'action mutuelle de l'émétine et de l'atropine, il faut bien se rappeler que les conditions de *technique expérimentale* sont capitales et qu'il n'est nullement indifférent d'opérer de telle ou telle manière pour obtenir tel ou tel résultat. *A priori* et d'après les résultats de ces alcaloïdes isolés, il semble que l'atropine produit les effets atténués de l'émétine et non point des effets opposés. Or, d'après les expériences relatées dans le mémoire que nous analysons, il y a un certain antagonisme entre ces deux substances.

Les auteurs divisent leurs expériences en 3 groupes, selon qu'ils ont fait agir : *a*) l'atropine d'abord, l'émétine ensuite (4 exp.); *b*) l'atropine et l'émétine simultanément (3 exp.; *c*) l'émétine d'abord et l'atropine ensuite. Les deux premiers groupes n'ont fourni encore aucun résultat probant ; il n'en est plus de même du 2e. Ici les expériences ont été multipliées, l'administration avait lieu soit par injections hypodermiques, soit par instillation, sur le cœur en variant 2 à 2 les divers modes d'administration.

Des phénomènes observés il paraît résulter nettement que l'atropine réaccélère le cœur de la grenouille ralenti par l'émétine. Le meilleur moyen de rendre ce fait évident, est de ralentir le cœur par une dose minime d'émétine variable pour chaque grenouille, et puis d'instiller l'atropine sur le cœur une fois ce ralentissement produit.

A ce point de vue, l'atropine aurait donc, vis-à-vis de l'émétine, une action analogue à celle qu'elle exerce vis-à-vis de la pilocarpine, de la muscarine, etc.

L'atropine et l'émétine qui, prises isolément, semblent avoir sur le

cœur sain de la grenouille une action plutôt synergique qu'antagoniste, agissent cependant en antagonistes quand on les superpose, puisque l'atropine réaccélère un cœur ralenti par l'émétine. A. MOSSÉ.

Ueber die Wirkung des Physostigmins auf die Pupille (Action de la physostigmine sur la pupille), par Otto SCHÖMAN (*Archiv für Anatomie und Physiologie, p.* 334, 1880).

Après que Freemann Daniell eut signalé la fève de Calabar, que Christison l'eut étudiée au point de vue toxicologique, Fraser et Robertson (1863) firent connaître son action myotique sur la pupille. Il fallait en connaître le mécanisme. Rosenthal (1863) déclare que le rétrécissement pupillaire résiste à l'excitation du grand sympathique : les dilatateurs seraient paralysés en même temps que les constricteurs seraient excités. Grünhagen conteste la paralysie des dilatateurs et ne croit qu'à l'excitation de l'appareil constricteur : il le prouve en employant l'atropine pour empêcher la contracture du sphincter irien et en constatant que l'excitation électrique du sympathique conserve son effet. Mais lorsque la physostigmine est ainsi rendue impuissante par l'atropine, la section du sympathique provoque un rétrécissement, et de même l'excitation mécanique du trijumeau. D'autre part, il est bien certain que la fève de Calabar porte son action sur l'appareil périphérique, car elle détermine un myosis de l'œil où elle est injectée, tandis que l'autre reste normale. Elle diffuse à travers la cornée dans l'humeur aqueuse et agit alors sur le sphincter irien et sur le muscle ciliaire.

Mais sur quelles parties porte son action? Est-ce sur le muscle, est-ce sur le nerf? Les recherches de V. Gräfe, de Grünhagen, de Bernstein et Dogiel tendent à faire prévaloir l'hypothèse de l'action nerveuse. On admet, en effet, que l'atropine paralyse l'action du moteur oculaire commun et laisse subsister l'activité du muscle. Or, de Gräfe a vu qu'alors la physostigmine ne provoquait plus de resserrement, ce qui semble indiquer que son effet ne porte pas sur l'appareil musculaire, supposé intact. Résultat et conclusion inverse de la part de Harnack et Witkowski (1876), combattus à leur tour par Rossbach.

Il y a un désaccord de fait. Il faut savoir si oui ou non la physostigmine peut resserrer la pupille lorsque les terminaisons du moteur oculaire commun sont paralysées, l'appareil musculaire étant intact. Cette question se ramène à celle de savoir si la physostigmine porte son effet sur les mêmes organes que l'atropine. O. Schöman y répond en affirmant que la physostigmine excite précisément le même appareil qui est affaibli par de petites doses d'atropine. Cette conclusion est confirmée par l'étude des particularités de la contraction. L'action de la physostigmine porterait donc sur l'appareil nerveux. DASTRE.

The action of duboisia on the circulation, par G.-A. GIBSON (*Journal of anat. and physiol., XV, octobre* 1881).

Les expériences ont été faites avec le sulfate de duboisine, sur des grenouilles ou sur des lapins anesthésiés, et soumis à la respiration artificielle.

A des doses n'excédant pas 0gr,005, la duboisine élève la pression artérielle, sans modifier le nombre des pulsations.

A des doses n'excédant pas 0gr,05, elle diminue la pression sanguine et le nombre des pulsations.

A la dose de 0gr,05 et au delà, elle produit la mort et arrête le cœur en diastole.

Appliquée sur le cœur même, la duboisine a une action peu marquée si ce n'est à fortes doses, dépassant 0gr,05 ; elle l'arrête dans ce cas en diastole.

La duboisine excite le système central d'inhibition, et paralyse le système périphérique. Elle excite les centres vaso-moteurs, et détermine à faibles doses la contriction des petites artères; à fortes doses elle diminue l'activité des centres vaso-moteurs et dilate les artérioles. La duboisine n'a pas d'action sur le sympathique. F. H.

I. — Ueber die therapeutische Verwendung des Hyoscinum hydrochloricum und hydrojodicum (Ladenburg) (Emploi thérapeutique du chlorhydrate et de l'iodhydrate d'hyoscine), par EDLEFSEN et ILLING (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 23, 1881).

II. — Ueber die Wirkungen des Hyoscin (Des effets de l'hyoscine), par A. GNAUCK (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 45, 1881).

I. — L'hyoscine est l'alcaloïde pur extrait par Ladenburg de l'hyoscyamine de Merck. Le chlorhydrate est amorphe, mais l'iodhydrate est en cristaux bien définis. L'un et l'autre sel sont des médicaments actifs et sûrs. Leur action est très analogue à celle de l'atropine; elle est peut-être plus constante et plus égale ; ces alcaloïdes ne produisent, à doses moyennes, ni troubles de la vue, ni sécheresse de la gorge, et ils exercent une action sédative et soporifique que n'a pas l'atropine.

La dose commune, chez l'adulte, est de 0gr,0012 d'alcaloïde ou 0gr,0018 d'iodhydrate. Une dose plus forte et surtout une dose double, peuvent produire des accidents. Aussi doit-on rarement dépasser, dans les 24 heures, deux doses de 0gr,0012.

Le médicament nouveau a été employé dans 6 cas de coqueluche (action manifestement favorable dans 3 cas, douteuse dans les autres), 6 cas d'asthme (effets favorables), 2 cas d'entéralgie (bons effets), 1 cas d'épilepsie (moindre fréquence des crises). En injections sous-cutanées, il ne faudrait pas dépasser la dose d'un demi-milligramme d'alcaloïde ou 3/4 de milligramme d'iodhydrate.

II. — Les expériences ont eu pour objet spécial de déterminer les analogies ou les différences qui existent entre l'hyoscine, l'hyoscyamine et l'atropine. Elles ont été faites sur des sujets sains et sur des malades, principalement sur des aliénés ; l'auteur se borne à exposer les effets observés sur des sujets sains.

La préparation employée est l'iodhydrate d'hyoscine, en solutions qui représentent l'une, destinée à l'usage interne 0gr,01 d'hyoscine pour 200 d'eau distillée, l'autre, destinée aux injections sous-cutanées, 0gr,01 pour 10.

Les symptômes observés sont, d'une manière générale, les suivants :

lourdeur de tête, vertige, bluettes, sentiment d'ivresse, soif, sécheresse de la gorge, nausée, saveur acide, démangeaisons sur tout le corps, sensation de chaleur, respiration difficile et ralentie, rougeur du visage, dilatation pupillaire, démarche incertaine, délire (c'est-à-dire les mêmes inconvénients que l'on a avec l'atropine ou l'hyoscyamine): enfin, un sentiment de fatigue et le sommeil, comme avec l'hyoscyamine. Jamais, quelle que fût la dose, le pouls n'a été accéléré ; au contraire, il a toujours été ralenti.

Les effets de l'hyoscine se produisent vite, sont très marqués, mais durent peu. Des doses égales, chez un même sujet, ne donnent pas constamment des effets semblables. Même avec les doses les plus minimes (0gr,0001), on voit constamment quelqu'un des symptômes indiqués se produire. Les effets varient beaucoup avec les individus ; certaines personnes ne peuvent supporter une injection d'un dixième de milligramme, tandis que chez d'autres, on peut injecter jusqu'à 0gr,0025 sans provoquer d'intolérance.

L'époque d'apparition des accidents varie après l'injection sous-cutanée, entre 2 et 12 minutes; quand l'hyoscine est prise par la bouche, il s'écoule environ 16 minutes avant les premiers phénomènes. Chez quelques personnes, la susceptibilité est telle que les premiers effets se montrent deux minutes après une injection de 0gr,0001.

Le phénomène initial est en général le ralentissement du pouls, qui diminue de 8 à 20 pulsations par minute ; le maximum de ralentissement s'observe après 10 à 20 minutes ; le pouls redevient ensuite plus fréquent, sans atteindre, en général, pendant un certain temps, le degré de fréquence primitif. Puis apparaissent les autres symptômes. Le délire, quand il survient, a les caractères du délire que provoque l'atropine.

La dilatation pupillaire est très fréquente, mais non constante; elle accompagne le sommeil, qui ne se produit pas, en général, quand la pupille reste étroite. La lassitude se fait sentir 5 à 10 minutes après que le pouls a commencé à devenir plus fréquent ; elle fait bientôt place au sommeil qui dure une ou deux heures ; c'est un sommeil calme et profond ; le sujet réveillé est comme ivre et titube en marchant. Après le réveil spontané, persiste souvent toute la journée de la lourdeur de tête, du vertige et une saveur acide.

La grande différence qui sépare l'action de l'hyoscine de celle de l'atropine est dans les effets soporifiques et sédatifs de la première. Le sommeil est moins long que celui qui succède à l'usage de l'hyoscyamine. Le ralentissement du pouls indique sans doute une action de l'hyoscine sur les extrémités du nerf vague, mais c'est une excitation qui se produit ici, tandis que l'atropine et l'hyoscyamine déterminent la paralysie de ces terminaisons nerveuses. G. HOMOLLE.

Ricerche sperimentali sull'azione biologica della berberina, par CURCI (*Raccoglitore medico, série 4, vol. XV*).

La berbérine appliquée sur une muqueuse, sur le tissu connectif ou musculaire, produit la thrombose des vaisseaux les plus superficiels. Elle est irritante, mais ne produit pourtant pas la suppuration ou la gan-

grène, même quand on l'injecte dans les vaisseaux. A son contact, les tissus s'épaississent, s'indurent, se tannent en quelque sorte. Ingérée dans l'estomac, elle stimule les mouvements péristaltiques du tube digestif, augmente les sécrétions et coagule le mucus, elle facilite ainsi la digestion. L'auteur pense qu'elle peut être utile en chirurgie dans le traitement des plaies torpides et suppurantes, et en médecine dans le traitement des diarrhées et dysenteries atoniques et chroniques.

Introduite dans le sang par la voie sous-cutanée, la berbérine détermine une faiblesse générale avec stupeur, prostration, débilité cardiaque, abaissement de la température, enfin mort par collapsus. Les battements du cœur, d'abord augmentés, diminuent aux approches de la mort. Il en est de même pour la respiration et la température. Les animaux en expérience perdent rapidement de leur poids. L'autopsie montre une grande sécheresse des tissus et la dégénérescence de la substance corticale des reins. Les urines sont toujours acides et souvent albumineuses. La berbérine s'élimine surtout par les reins, par la muqueuse digestive et peut-être par le foie. L'élimination paraît lente. Introduite par le tube digestif, la berbérine produit les mêmes effets, mais beaucoup moins intenses. Le sang extrait après l'injection sous-cutanée perd lentement son oxygène; son hémoglobine se décompose moins facilement que celle du sang obtenu avant l'injection. Ces faits indiqueraient que la berbérine rend le sang moins propre à la nutrition de l'organisme.

La berbérine paraît produire le relâchement et l'augmentation de volume de la rate. F. BALZER.

The physiological action of alcohol in its relationship to animal heat and its influence upon the vaso-motor nervous-system, par W. Bevan LEWIS (*Journal of Mental Science, avril* 1880).

L'auteur, dans cet important mémoire sur l'action de l'alcool dans la production de la chaleur animale, combat énergiquement, avec des observations à l'appui de sa thèse, une opinion assez généralement adoptée.

Il ne croit pas que l'alcool à très fortes doses abaisse la température du corps en arrêtant les transformations des tissus. Il pense au contraire que cet agent augmente fortement la thermo-génésie par une action sur le système nerveux vaso-moteur. Ce n'est qu'à de petites doses que l'alcool abaisse temporairement la température un peu au-dessous de la normale.

Le chloral agirait à peu près suivant les mêmes lois. Par sa combinaison à petites doses avec l'alcool, on peut obtenir un abaissement vaso-moteur très puissant, mais dont il ne faut user qu'avec la plus grande réserve. MARCEL BRIAND.

Ueber die Wirkung der Blausäure (Action de l'acide cyanhydrique), par Ed. WAGNER (*Dissert., Berlin,* 1880; et *Centralbl. f. d. med. Wissensch., n°* 17, 1881).

Des expériences faites avec la collaboration de Hiller conduisent l'auteur à repousser l'opinion de Preyer, qui attribue l'empoisonnement par

l'acide cyanhydrique, à doses mortelles, à une excitation des pneumogastriques.

Ed. Wagner fait la section des pneumogastriques sur des lapins et injecte ensuite une dose mortelle d'acide cyanhydrique (15 à 20 centimètres cubes d'une solution de 2 0/0); il ne remarque aucun changement dans la nature ou l'intensité des accidents. Par l'analyse photométrique du spectre du sang des animaux empoisonnés, pendant la vie et après la mort, on reconnait dans la région D. E. une coloration plus vive, sans que cependant le spectre de l'oxyhémoglobine disparaisse complètement. Il se produit une zone obscure dans l'espace compris entre les deux raies d'absorption du sang normal, sans que ces raies se fondent, toutefois, dans l'espace obscurci. Le maximum de la zone obscure est plus près de l'E que le maximum des raies d'absorption de l'oxyhémoglobine réduite. Il est probable que le spectre du sang empoisonné par l'acide cyanhydrique résulte de la superposition de deux spectres dont l'un est celui de l'oxyhémoglobine. Comme Preyer et Hoppe-Seyler, l'auteur pense que l'oxygène n'est pas chassé du sang par l'acide cyanhydrique ; on obtient, en effet, un spectre de réduction par l'addition de sulfure d'ammonium, et l'addition d'oxygène fait reparaître le spectre mixte de l'oxyhémoglobine-cyanhydrique. G. HOMOLLE.

The fluorides in medicine, par J.-M. DA COSTA (*Arch. of med., vol. V, n° 3, p. 253 New York, juin* 1881).

L'auteur, frappé de ce fait que le fluor n'était jamais employé en médécine, a fait préparer par un pharmacien le fluorure de potassium, le fluorure de sodium, le fluorure ferreux et le fluorure ferrique, et les a essayés dans un certain nombre de maladies.

Le sel de sodium fut promptement abandonné parce qu'à la dose de 15 centigrammes il produisait, au bout de quelques doses, des nausées, des vomissements, de la soif, et une sensation de brûlure à l'épigastre. Les autres sels furent employés plusieurs fois, en particulier dans les affections douloureuses (rhumatisme, névralgies, etc.).

D'une manière générale les fluorures, surtout le fluorure de potassium, sont, à doses assez fortes (50 centigrammes à 1 gramme), des émétiques rapides (la période de nausée n'existe presque pas), sans être déprimants. Ils semblent soulager la douleur, en particulier le fluorure de potassium, sans produire les effets sédatifs et calmants si marqués que les bromures déterminent sur le système nerveux. La difficulté, c'est de les donner assez longtemps pour connaître leur influence sur la nutrition et l'absorption; pour savoir, par exemple, s'ils activent la formation de tissu sain, et s'ils seraient utiles dans des affections comme la scrofule et la phtisie, ou déterminent la résorption des glandes comme fait l'iode sur les goitres.

Ils ne sont pas assez bien tolérés par l'estomac, d'après les essais de Da Costa, pour constituer des additions réellement utiles à la pratique médicale, surtout dans le traitement des maladies de longue durée ou chroniques. Leur effet le plus singulier, et ceci est manifeste pour les sels de fer, est l'anorexie qu'ils produisent à petites doses, avec peu de

nausées et de dépression. Il se pourrait, cependant, qu'ils pussent être employés dans des cas de boulimie, ou pour modérer la soif inextinguible. Ils augmentent le désir pour l'eau, mais sembleraient diminuer, avec le désir pour les aliments, le désir pour les stimulants alcooliques. Mais ces usages sont, à tout prendre, bien limités. L.-H. PETIT.

Ueber Gewöhnung an Gifte (Sur l'accoutumance aux poisons), par ROSSBACH (*Sitzungsberichte der ph. medic. Gesellschaft zu Würzburg*, 13 *déc.* 1879).

Il y a des poisons auxquels l'organisme s'habitue de telle façon qu'il supporte une dose cent fois plus considérable qu'au début. Cela est vrai surtout des poisons végétaux; on a prétendu que cela était vrai aussi de l'arsenic, parmi les poisons minéraux. Rossbach doute de l'exactitude de cette vue.

L'accoutumance à la nicotine est très rapide ainsi que chacun sait; l'accoutumance aux alcools de même. — De même encore pour la morphine. Quant à l'atropine, Anrep a montré qu'au bout de 5 à 10 jours ce poison avait perdu une partie de son activité. Tous les organes ne s'accoutument pas de la même manière. Quelques-uns ne s'accoutument pas du tout, tels la pupille et les glandes salivaires dans le cas de l'atropine. L'usage réitéré ne fait que diminuer la durée de l'effet. De même l'effet soporifique de la morphine persiste longtemps. D'autres organes ont au contraire leurs réactions très modifiées. L'accélération du cœur cesse bientôt après un usage prolongé de l'atropine; la paralysie du vague, origine de cette accélération se produit encore, mais l'organe affaibli lui-même par l'envahissement du poison n'a plus une activité aussi grande. Ici l'accoutumance est plus apparente que réelle. Au contraire la nicotine et la morphine cessent véritablement d'exercer leur action pernicieuse sur l'estomac et l'intestin. Il y a accoutumance réelle. — Cette accoutumance a d'ailleurs ses limites. Une certaine dose est supportée; un excès fait reparaître le cortège habituel des phénomènes. Des phénomènes nouveaux apparaissent dus à des réactions qui primitivement n'existaient pas : tels les névralgies, les insomnies, les affections cutanées chez les morphiophages, la psychose des buveurs et le catarrhe des fumeurs d'opium. Mais pour cela il faut que les doses s'accroissent et non pas seulement se réitèrent.

Le fait le plus remarquable de cette accoutumance, c'est que le poison devient tellement nécessaire au fonctionnement des organes que l'on ne peut plus en suspendre l'emploi sans arrêter ce fonctionnement ou provoquer une maladie intercurrente. Il est devenu comme une sorte d'aliment, un excitant normal, un ferment. L'organisme élimine d'ailleurs de plus en plus vite cet élément. DASTRE.

De la toxicité comparée des différents métaux. Note de Ch. RICHET (*Acad. des sciences*, 24 *octobre* 1881).

Au lieu d'injecter sous la peau ou dans les veines d'un animal une quantité déterminée de poison, l'auteur a pensé, pour éviter les inconvénients dus au poids variable de l'animal et aux réactions perturbatrices

consécutives à une injection brusque dans le sang, à faire des expériences dans lesquelles le milieu respiratoire serait intoxiqué. A cet effet, il a opéré sur des poissons plongés dans des milieux toxiques. Les tableaux qui résument ses expériences, lesquelles portent sur plus de quinze métaux, montrent qu'il n'y a pas de relation précise à établir entre le poids atomique d'un corps et sa toxicité : le cuivre est six cents fois plus toxique que le strontium, quoique son poids atomique soit moindre; le lithium, dont le poids atomique n'est que le vingtième du poids du baryum, est cependant trois fois plus toxique, etc. Il ressort aussi de ces expériences, qu'il n'y a pas de relation à établir entre la fonction chimique d'un corps et sa puissance toxique, puisque par exemple le potassium et le sodium, dont les propriétés physiques sont si voisines, sont très inégalement toxiques (le potassium l'est près de deux cent cinquante fois plus que le sodium). M. DUVAL.

Ueber Arseniklähmung (De la paralysie due à l'arsenic), par SEELIGMÜLLER (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 14, 1881).

L'arsenic détermine des paralysies liées à l'intoxication aiguë ou chronique.

La première variété a été observée chez des sujets qui avaient avalé par erreur une forte dose du poison, ou bien à la suite de l'absorption par la peau dénudée qu'on frotte avec une pommade arsenicale ou qui subit le contact du vert de Schweinfurt.

Les cas chroniques ayant déterminé la paralysie sont presque toujours des intoxications par la poussière des papiers ou des tentures qui ornent les murs d'une chambre habitée; il ne s'est agi qu'une seule fois de l'absorption du médicament par la bouche.

Les symptômes de la paralysie varient dans les deux cas:

Dans l'intoxication aiguë, il y a des vomissements, des symptômes cérébraux : délire, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, vertige ; des symptômes nervo-sensitifs : douleurs aux extrémités, anesthésie, engourdissement; des troubles moteurs : flexion permanente des orteils, contracture des doigts due à la paralysie des extenseurs, affaiblissement des muscles des extrémités; amaigrissement rapide de ces parties, contractions fibrillaires, perte de la contractilité électrique; de plus sensation de froid aux mains et aux pieds.

Dans l'intoxication chronique, les symptômes paralytiques sont beaucoup moins accentués. Certains malades ont conservé presque intacte la force musculaire, peuvent continuer à marcher. Parfois les phénomènes douloureux et la paralysie débutent aux membres inférieurs pour envahir secondairement les membres supérieurs.

La marche des phénomènes est en général plus favorable que dans la paralysie saturnine; quelques malades guérissent, mais d'autres se cachectisent et meurent.

Le diagnostic est difficile quand les circonstances étiologiques font défaut; et souvent on met sur le compte d'affections médullaires les paraplégies dues à l'arsenic. Les douleurs très intenses et les troubles de la coordination peuvent faire croire dans certains cas à l'ataxie. On ne manquera donc jamais de rechercher l'arsenic dans l'urine.

Il est intéressant de comparer les troubles dus à l'arsenic à ceux du saturnisme ;

1° Dans le saturnisme les paralysies sont l'apanage exclusif de l'intoxication chronique tandis qu'ici on les observe dans les cas aigus.

2° Dans l'arsenicisme les troubles de la sensibilité sont dès le début au premier plan tandis que chez les saturnins ils sont peu marqués ou font totalement défaut.

3° Dans l'arsenicisme les troubles de la motilité et de la sensibilité prédominent toujours aux extrémités inférieures : c'est le contraire dans l'empoisonnement par le plomb.

4° Ici l'atrophie des muscles est plus rapide que chez les saturnins et, débutant par les extrémités inférieures, elle peut s'étendre à tout le corps, liée aux troubles trophiques : chute des cheveux et des ongles.

5° Il n'y a pas encore de liséré arsenical connu.

A l'appui de ces considérations générales, l'auteur rapporte quatre observations.

1° Une femme de 46 ans avait préparé de l'arsenic blanc pour tuer des souris, sa fille met la poudre dans un verre d'eau à la place de sucre. Vomissements incoercibles, vertige, céphalalgie, douleurs vives aux pieds et aux mains. Depuis lors chute des ongles, engourdissement et fourmillement, contracture des orteils dans la flexion. Au bout de trois semaines, atrophie des extrémités et paralysie, puis contracture des doigts et pied-bot équin. Tremblements fibrillaires des muscles, abolition de la contractilité électrique, faiblesse extrême.

L'auteur revoit la malade dix-huit mois après l'accident ; l'état général est satisfaisant. Encore une légère atrophie des muscles des mains et des pieds, La malade peut faire quelques pas, et la force des membres supérieurs est à peu près normale ; la sensibilité plantaire est conservée mais les réflexes restent abolis. Encore un peu de tremblement des mains. La contractilité électrique est toujours très faible.

2° Intoxication aiguë par l'arsenic blanc (destiné aux rats), chez une femme de 30 ans. La malade reste au lit quinze jours ; au bout de quatre semaines, douleurs atroces des extrémités, accompagnées de parésie. Troubles de la sensibilité, perte des réflexes.

3° Intoxication chronique chez un marchand d'animaux empaillés, âgé de 45 ans. Parésie et troubles sensoriels des quatre extrémités.

4° Homme de 25 ans. Intoxication par les papiers peints d'une chambre à coucher. On croit d'abord à une sclérose des faisceaux postérieurs mais sans trouver la symptomatologie complète de l'ataxie. Plus tard, la cause étant soupçonnée, l'auteur y trouve l'explication des phénomènes insolites : Conservation du réflexe rotulien, douleur et engourdissement du territoire des nerfs radial et médian, localisation des douleurs à la paume des mains et à la plante des pieds, affaiblissement extrême des extenseurs, démarche peu chancelante, faiblesse des membres supérieurs, enfin amélioration rapide par les courants galvaniques.

Traitement : sulfate de quinine à la dose de 30 centigrammes par jour. Courants continus à la colonne vertébrale, courants induits aux mains. Le traitement dure six semaines, et produit une grande amélioration. Huit mois après le début des accidents, le sujet peut faire un service militaire dans la cavalerie.

L. GALLIARD.

Ueber die Entstehung der pathologisch-anatomischen Veränderung des Magens bei Arsenikvergiftung, etc. (De la pathogénie des lésions stomacales dans l'intoxication par l'arsenic, et de la théorie chimique de l'action de ce poison), par W. FILEHNE (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXXIII, p.* 1).

On sait que l'acide arsénieux (et d'autres substances du même groupe chimique) déterminent : 1° une tuméfaction trouble des parenchymes conduisant à la dégénérescence graisseuse ; 2° des ulcérations plus ou moins étendues strictement limitées à l'estomac. Ces ulcérations qui se produisent, quelle que soit la voie d'introduction du poison, ont fortement intrigué les expérimentateurs qui n'ont pu jusqu'ici en donner une explication satisfaisante.

Filehne part de ce point de vue : que l'estomac seul, dans l'organisme, est un réservoir digérant et rempli d'un liquide acide. Afin de connaître jusqu'à quel point cette acidité normale du contenu stomacal pouvait influencer la production des ulcérations caractéristiques, il fit faire par son élève, Heim, l'expérience suivante : deux lapins sont empoisonnés par la voie hypodermique. L'un d'eux reçoit d'heure en heure par la sonde œsophagienne, une certaine quantité de magnésie calcinée pour neutraliser les acides : l'autre ne reçoit rien. Chez le premier on constate l'intégrité parfaite des parois de l'estomac, chez le second, au contraire, on trouve les lésions habituelles. Le contenu de l'estomac est fortement acide chez l'un, alcalin chez l'autre.

On pourrait immédiatement conclure de ce fait expérimental que la constitution acide de l'estomac est la cause de sa destruction, que par suite la gastrite ulcéreuse est, dans le cas particulier, un *phénomène peptique* (*peptische Erscheinung*). Toutefois une objection se présente : « On pourrait supposer, dit l'auteur, que cette portion de l'acide arsénieux circulant dans le sang, qui doit être excrétée par l'estomac, est la cause vraie, la cause locale de la destruction des parois. Cette portion à excréter serait, dans le cas particulier, précipitée par la magnésie et rendue inactive. »

Mais cette opinion ne peut se soutenir, car lorsque l'on neutralise l'acidité de l'estomac au moyen du bicarbonate de soude (qui formerait avec l'arsenic une *combinaison soluble*), le résultat est le même et les ulcérations font défaut.

Si l'on réfléchit, d'autre part, que les propriétés locales de l'arsenic ne sont pas très marquées, que le contenu de l'estomac (chez le lapin) contient tout au plus 1/2 à 1 milligramme de cette substance, on est amené forcément à mettre en doute l'action locale du poison.

Si la gastrite ulcéreuse dans l'empoisonnement arsenical est un phénomène peptique, on est amené à se demander pourquoi l'estomac normal ne se digère pas ? Actuellement on pense que la cause de cette intégrité assez extraordinaire tient à ce que les parois acides sont baignées d'un sang alcalin, incessamment renouvelé. Cette explicatiou parait suffisante.

Mais alors le même fait ne doit pas se produire dans l'empoisonnement par l'arsenic ; et, en effet, il n'est pas étonnant que les épithéliums tuméfiés, granulo-graisseux et que les vaisseaux sanguins endommagés dans leur activité vitale, soient corrodés par la sécrétion digestive.

Et le terrain pour la formation d'ulcères est très favorable, d'abord à cause de la dégénérescence (et par suite de la moindre force de résistance des tissus), et ensuite à cause des hémorragies interstitielles qui favorisent d'autant les lésions ulcérées.

Telle est la partie essentielle de l'argumentation de Filehne ; on trouve à la suite quelques détails sur les raisons de l'immunité de certains animaux, de certains cas d'empoisonnements, etc. qui sont basés sur le même principe. C. ZUBER.

Ueber die Veränderungen im Rückenmarke nach Vergiftung mit Arsen und Blei (Des lésions de la moelle dans l'intoxication par le plomb et l'arsenic), par N. POPOFF (*St-Petersb. med. Woch.*, *n°* 36, 1881).

L'action de l'arsenic sur la moelle est très controversée. Popoff a fait des expériences sur des chiens, qu'il empoisonnait au moyen de doses d'arsenic qui variaient de 1/20 de grain à 2 grains, déterminant ainsi à volonté des intoxications aiguës ou chroniques. Voici ses conclusions :

1° L'arsenic détermine déjà au bout de quelques heures des altérations très évidentes de la moelle, altérations qui peuvent être définies : myélite centrale aiguë ou poliomyélite aiguë. Macroscopiquement la substance grise est injectée, tuméfiée, ramollie. Au microscope on constate de la dilatation et de la congestion des petits vaisseaux et des veines, des extravasations sanguines et plasmatiques dans les pourtours des vaisseaux, de la dégénérescence graisseuse des parois vasculaires elles-mêmes. Les cellules ganglionnaires paraissent en partie granuleuses ou en état de dégénérescence pigmentaire ;

2° Dans les cas plus chroniques, l'inflammation ne se limite pas à la substance grise, mais atteint aussi la substance blanche, ce qui constitue une myélite diffuse. La congestion est moins marquée que l'exsudation plasmatique ; au contraire, les cellules ganglionnaires dégénérées sont beaucoup plus nombreuses ;

3° Le système nerveux périphérique ne présente aucune lésion, même dans les cas où la mort n'arrive que trois mois après l'injection du poison. Il n'est pas dit sur combien d'expériences se base cette importante conclusion ;

4° Les paralysies arsenicales sont d'origine centrale.

Ces conclusions sont applicables au phosphore, d'après Danillo (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1881). Elles le sont aussi au plomb, d'après des expériences de Popoff qui confirment les faits cliniques déjà publiés en assez grand nombre. C. Z.

I. — **Die Localisation des Arsens im thierischen Organismus, par LUDWIG** (*Schweiz. Zeitschrift für Pharm.*, *n°* 28, *et Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 15, *p.* 511, 1er *août* 1880).

II. — **De l'usage universel des couleurs arsenicales en Angleterre, par Stevenson MACADAM** (*Sanitary Record*, *avril* 1880, *et Vierteljahrsschrift für*

gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, nouvelle série, XXXIV, p. 366, avril 1881).

I. — D'après Scolosuboff (*R. S. M.*, VII, 550), c'est surtout dans le cerveau que l'arsenic tendrait à se déposer. Les expériences de Ludwig sur des animaux aussi bien que ses recherches dans des empoisonnements suicides, l'ont conduit à des résultats contraires. Voici ses conclusions : Dans l'intoxication aiguë comme dans l'intoxication chronique, la quantité d'arsenic contenue dans le cerveau est toujours très faible, tandis que dans le foie, elle est beaucoup plus considérable (jusqu'à 90 fois plus).

Dans les empoisonnements aigus, les reins renferment également une grande quantité d'arsenic. Donc, c'est particulièrement le foie et les reins qui doivent être l'objet d'une analyse tendant à la recherche de l'arsenic.

II. — Macadam a analysé des papiers de tenture contenant de 1 à 40 grains d'arsenic par pied carré. Si l'on prend le chiffre moyen de 20 grains (15 1/2 grains = 1 gramme), on voit qu'une chambre de 500 pieds carrés contiendrait 645 grammes de toxique. Or, la couleur arsenicale est faiblement incorporée au papier, de sorte qu'elle s'en détache sous forme de poussières, et vient se déposer sur les tapis, rideaux, couvertures de lit, ce dont Macadam s'est assuré par des analyses répétées.

Les couleurs vertes si recherchées en Angleterre, pour la gaze, les fleurs artificielles, les étiquettes, les jouets, etc., sont le plus souvent arsenicales. C'est ainsi qu'un tissu de gaze, bon marché, servant à faire des toilettes de bal, à recouvrir les glaces et les lampes pendant l'été, etc., renfermait 23 grains et un tiers d'arsenic par pied carré ; or, ce chiffre est la moyenne des analyses de 3 échantillons. Une robe de cette étoffe contiendrait sur une surface d'environ 90 pieds carrés, 129 grammes d'arsenic.

Trois échantillons de cartonnages verts employés par les modistes et les confiseurs renfermaient en moyenne 32 grains et demi d'arsenic par pied carré.

Il en est de même des étiquettes des boites et flacons de conserves alimentaires qui contiennent chacune de 6 à 20 grains d'arsenic ; de même encore du papier dans lequel on enveloppe les pâtisseries et les comestibles.

La même couleur toxique abonde dans les livres d'images à l'usage des enfants, dans les programmes de concert, boites de peinture, etc.

On badigeonne également les cuisines avec un vert d'émeraude qui renferme moitié d'arsenic. J. B.

I. — **Empoisonnements saturnins dans la province de Constantine, par E. ROCHARD** (*Revue d'hygiène et de police sanitaire, II, p. 706, août* 1880).

II, III. — **Discussion de la Société de médecine publique avec relation de faits de saturnisme, par ROCHARD et par VIDAL** (*Idem, p. 715 et 784, août et septembre* 1880).

IV. — **Ueber die Einwirkung der Saeuren auf bleihaltige Zinngeraehte (Rapport au comité consultatif prussien des questions médicales sur l'action des acides**

au contact de vaisselle d'étain plombifère), par EULENBERG (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und œffentliches Sanitaetswesen, nouv. série, XXXV, p.* 277, *octobre* 1881).

V. — Intoxication saturnine par l'usage longtemps prolongé des mèches à allumer les pipes, imprégnées de chromate de plomb, par MALHERBE père (de Nantes) (*Journ. de méd. de l'Ouest*, et *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3e *sér.*, *IV, p.* 372, *octobre* 1880).

VI. — Accidents multiples de colique de plomb observés dans la clientèle d'un boulanger, par L. CALMELS (de Carmaux) (*Progrès médical, p.* 839, 23 *octobre* 1880, et *Revue d'hygiène et de police sanitaire, II, p.* 1024, *novembre* 1880).

VII. — Sur l'action comparative du minium et de la céruse chez les animaux, par LAYET et par CARVILLE (*Revue d'hyg. et de police sanit., II, p.* 900 *et* 902, *octobre* 1880).

VIII. — Mécanisme et prophylaxie de l'intoxication par le plomb, chez les ouvriers qui manient ce métal et ses préparations, par A. GAUTIER (*Annales d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 3e *série, VI, p.* 115, *août* 1881).

I. — Relation de 6 cas d'accidents saturnins. Le premier concerne un portefaix indigène chez lequel il n'existait d'autre cause à des coliques rebelles qu'une boîte en plomb où il enfermait tabac et papier à cigarettes. Le second est celui d'un ouvrier atteint de coliques, de vomissements porracés, etc., contractés par le grattage à sec d'une vieille peinture au minium et à la céruse.

Les deux suivants étaient dus à l'usage d'eau-de-vie de marc distillée dans un serpentin à étamage fortement plombique. L'un d'eux avait, outre le liséré ardoisé, une diplégie brachiale qui s'amenda par la faradisation, en laissant une paralysie persistante des extenseurs communs et des extenseurs des petits doigts. L'autre, outre le liséré gingival, avait des troubles psychiques avec hallucinations visuelles.

Enfin, chez les deux derniers, des gendarmes anémiés et atteints de coliques avec liséré, l'intoxication tenait à la conduite en plomb d'eau potable.

II. — Rochard ajoute que, pour que l'alcool se charge de principes plombiques, il n'est pas nécessaire que la distillation intervienne. Il a, en effet, eu l'occasion de voir 2 ou 3 cas d'intoxication saturnine causée par des boissons spiritueuses préparées par simple macération dans des vases de terre vernis à la litharge. Le fait suivant l'a surtout frappé par les circonstances dans lesquelles il s'est produit.

Un fonctionnaire vivant à la campagne éprouvait depuis une quinzaine d'années des douleurs constantes dans l'abdomen et de l'anorexie ; en outre il était constipé, émacié, avait une teinte subictérique et un liséré peu prononcé. Rochard diagnostiqua une intoxication saturnine, mais sans pouvoir en trouver la source. Au bout de 6 mois, le malade lui fit dire qu'il en avait découvert l'origine. Il prenait, à la suite de chaque repas, un petit verre d'eau de noyau préparée par macération dans un vase de terre vernie à la litharge. Un pharmacien chargé d'analyser cette eau-de-vie y décela du plomb en abondance.

III. — Vidal fut consulté par un fabricant d'eau de roses qui était anémique, éprouvait de la céphalée, de la dyspepsie, une constipation opi-

niâtre et des coliques. Il avait le teint jaunâtre et le liséré gingival. Pour extraire les dernières gouttes des essences, il aspirait avec une pipette, de sorte qu'une certaine quantité de l'eau lui entrait dans la bouche. A son retour en Algérie, il fit changer le serpentin dans lequel l'analyse révéla un tiers de plomb. Depuis lors, sa santé s'est complètement rétablie.

D'autre part, Vidal a observé 3 cas d'intoxication saturnine des plus graves, dans une famille d'étameurs. Le mari eut une encéphalopathie comateuse dont il guérit ; 3 jours après sa femme et sa belle-sœur étaient prises de coliques. Ils avouèrent que l'alliage dont ils se servaient contenait près de moitié de plomb.

IV. — *Conclusions* du rapport d'Eulenberg :

1° Il y a lieu de prendre des mesures de police sanitaire contre l'emploi des mesures de liquides et des ustensiles culinaires renfermant du plomb ;

2° Le contrôle de la police ne pourra être fructueux qu'autant qu'on aura fixé légalement le degré de fin de ces vases ;

3° Au point de vue de l'hygiène, il y a lieu d'exiger le plus de finesse possible dans les alliages de plomb et d'étain ;

4° La proportion de 5/6 d'étain pour 1/6 de plomb nous paraît le maximum de tolérance pour la fabrication des mesures, de la batterie de cuisine et des vases domestiques qui se trouvent en contact avec des substances alimentaires ou des boissons, mais sans jamais être exposés à une haute température ;

5° Pour l'étamage des ustensiles de cuivre, de laiton ou de fer qui servent à la cuisson et à la préparation des aliments et boisssons, ainsi que pour celui des cuillers, on ne doit employer que l'étain pur de Banca qui contient tout au plus 2 ou 3 0/0 de métaux étrangers et seulement des traces de plomb.

V. — Un homme de 61 ans éprouvait depuis plusieurs années des coliques avec constipation, de l'affaiblissement dans la marche, des douleurs dans les membres inférieurs ; à l'examen, Malherbe constate un liséré ardoisé des gencives, une flexion des mains sur les avant-bras et une diminution de volume des muscles antibrachiaux postérieurs. Il n'a trouvé, pour expliquer cette intoxication, que l'usage exagéré de mèches à allumer des pipes, imprégnées de chromate de plomb.

VI. — Dans quelques localités du Tarn, a sévi, pendant les mois de juin et juillet, une intoxication saturnine grave qui a atteint 50 habitants, soit le neuvième environ de la population. Dans un cas, la maladie s'est terminée par une encéphalopathie mortelle. Des deux boulangers qui fournissaient le pain, l'un se portait bien ainsi que sa clientèle ; l'autre partageait la maladie avec sa famille et tous ses clients. Une analyse de la farine et du pain, faite par Filhol, a fait constater de la façon la plus positive l'existence du plomb. La mouture provenait d'un minotier qui bouchait avec du plomb les éveillures de ses meules.

VII. — Layet a fait connaître au Congrès international d'hygiène de Turin, une série d'expériences qu'il a instituées pour étudier l'action comparative du minium et de la céruse chez les animaux. Il a constamment obtenu des intoxications à la fois plus rapides, plus graves et plus tenaces avec le minium qu'avec la céruse. Ce résultat confirme ce que lui a appris l'étude de la santé des ouvriers dans les usines où l'on fabrique spéciale-

ment le minium (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1880). Layet insiste sur ce fait, parce que l'attention est peut-être moins appelée sur les dangers du minium que sur ceux de la céruse et que la préparation du minium ne peut pas se faire dans l'huile comme celle de la céruse.

Il présente, en outre, un tableau énumérant 90 professions qui exposent au saturnisme ; pour plusieurs d'entre elles, l'emploi des préparations plombiques était jusqu'ici passé inaperçu.

Il y a quelques années, Carville faisait des recherches expérimentales sur les lésions histologiques de la moelle et des nerfs chez les saturnins. Dans ce but, il plaçait des animaux dans une atmosphère chargée de poussière de minium. Un chien de Clichy qui vivait impunément depuis plusieurs années au milieu de nuages de céruse, prit rapidement une intoxication saturnine après quelques jours d'inhalation ou d'ingestion de minium.

VIII. — Les ouvriers qui travaillent le plomb fournissent chaque année aux hôpitaux de Paris une moyenne de 550 saturnins dont 5 succombent. 235 d'entre eux sont peintres en bâtiment, enduiseurs, ponceurs ou broyeurs de couleurs ; 195 sortent des fabriques de céruse, massicot et minium.

En tenant compte autant que possible du nombre d'ouvriers de chaque profession, Gautier a établi l'ordre suivant d'insalubrité décroissante parmi quelques industries :

1° Fabrication des oxydes de plomb et de la céruse à sec, fournissant plus de	1,000 malades	sur 1,000	ouvriers;
2° Dessoudage des boîtes de conserves	280	—	—
3° Broyage des couleurs.....	104	—	—
4° Polissage des caractères d'imprimerie	18,5	—	—
5° Peinture en bâtiment.....	18	—	—
6° Typographie	1,4	—	—

Il existe à Paris et à Clichy, 2 céruseries occupant chacune 45 ouvriers. La première n'a envoyé aux hôpitaux de Paris, dans les 4 dernières années que 11 saturnins par an, en moyenne, la seconde, 179. Deux causes principales expliquent cette énorme différence, de 25 à 400 0/0. Dans l'usine de Paris, la céruse est toujours maniée humide ou mélangée à l'huile (procédé Thénard) ; dans celle de Clichy, outre que le travail de la céruse s'opère à sec par le procédé hollandais, on y fabrique aussi les divers oxydes de plomb, massicot, minium et mine orange.

Ce qui prouve encore mieux l'influence particulièrement nocive du procédé hollandais, c'est que les usines de Portillon, près Tours, où l'on fabrique simultanément aussi les oxydes et le carbonate, mais ce dernier suivant le procédé Thénard, n'ont annuellement que 10 0/0 de malades.

Les statistiques démontrent donc, en dehors de toute idée préconçue, que les causes de l'empoisonnement professionnel sont, par ordre décroissant d'activité : 1° l'absorption par la peau et les muqueuses des

poussières plombiques sèches; 2° l'absorption par contact direct avec la peau des sels de plomb en solution ou suspension dans l'eau et l'huile; 3° le contact direct et répété du plomb et de ses alliages par les parties nues de la peau.

On peut réduire dans une énorme proportion ces cas d'empoisonnement, en renonçant, ce qui est possible, dans la majorité des cas, à l'usage de la céruse en poudre.

On peut le réduire encore plus, en substituant, dans les peintures, l'oxyde ou le sulfure de zinc au carbonate de plomb.

Les meilleures précautions à recommander aux ouvriers qui touchent au plomb et à ses combinaisons, sont les suivantes :

Éviter tout excès, surtout l'abus des boissons alcooliques; recourir à une alimentation substantielle, user du lait légèrement miellé ; manger des mets salés ; s'abstenir de ceux qui sont acidulés.

Extrême propreté de vêtements et de sa personne, lavages répétés des mains, du visage, de la bouche et des narines.

Bains sulfureux au moins une fois par semaine; emploi modéré de l'iodure de potassium dès le début des accidents.

Changement de profession si une première intoxication est suivie de rechute.

Nous renvoyons à l'original pour la prophylaxie spéciale à chaque profession. On trouvera également dans le mémoire de Gautier des détails techniques intéressants sur l'industrie du dessoudage des boîtes de conserves et sur les procédés de fabrication de la céruse et des oxydes plombiques.

J. B.

Des troubles de nutrition dans l'intoxication saturnine. Physiologie pathologique de l'empoisonnement chronique par le plomb, par E. GAUCHER (*Revue de médecine, novembre* 1881).

Les particularités sur lesquelles insiste l'auteur et qui caractérisent l'empoisonnement chronique saturnin sont: 1° le ralentissement de la nutrition prouvé par le ralentissement de la désassimilation; 2° la destruction rapide des globules sanguins (prouvée par l'élimination du pigment par l'urine et l'ictère hémaphéique; 3° l'anurie ou, tout au moins, l'oligurie de la première période et la polyurie de la période consécutive; 4° l'albuminurie toxique (à albumine non rétractile); 5° la durée longue d'élimination des médicaments qui présente, de plus, des intermittences très nettes. L.

Die anatomischen Veränderungen des Verdauungskanals durch Aetzgifte (Les lésions anatomiques du canal digestif, par les poisons caustiques), par A. LESSER (*Archiv für path. Anat. und Phys., t. LXXXIII, p.* 198).

L'auteur nous apprend que, dans les trois années 1876-78, on trouva à Berlin, sur 432 empoisonnements bien constatés, que 134 étaient dus à des caustiques : 78 fois à l'acide sulfurique, 19 fois à l'acide oxalique et à ses sels, 8 fois à l'acide chlorhydrique, 7 fois à l'acide azotique, 2 fois à l'acide phénique. Cette prédominance excessive de l'intoxication

sulfurique indique un nouveau changement dans ce que l'on pourrait appeler le mode des empoisonnements : dans ces derniers temps, les agents préférés étaient le phosphore et un peu antérieurement l'arsenic. Vu les assertions contradictoires des différents auteurs qui se sont occupés de ces questions, Lesser a soumis le tout au contrôle de l'expérimentation, et voici les faits principaux qu'il a pu observer:

Acide sulfurique. — Il ne semble pas que les auteurs aient eu l'occasion d'observer une véritable cautérisation de l'estomac, et cependant c'est une opinion très répandue et pour cela d'autant plus préjudicielle, que les désordres les plus graves, en cas d'ingestion d'une quantité suffisante, siègent toujours dans l'estomac. En fait, on trouve généralement des cautérisations des premières voies, des lésions inflammatoires de l'estomac, et de nouveau des cautérisations de l'intestin grêle. Cette immunité relative de l'estomac tient à ce qu'il est mieux protégé par les mucosités qui en revêtent les parois, et par son contenu qui dilue le poison. Par contre, le duodénum se montre excessivement impressionnable à l'action des caustiques acides, environ dix fois plus que l'estomac, et il peut arriver que l'on trouve des corrosions de l'intestin sans qu'il en existe de semblables dans l'œsophage ou dans l'estomac. D'où il suit que l'examen de l'intestin grêle, au moins de sa partie supérieure, devra être, à l'avenir, pratiquée avec une minutie bien plus considérable, lorsque se posera la question : « Y a-t-il intoxication par un poison corrosif? »

Le foie et le péritoine sont encore plus sensibles à l'action des poisons corrosifs que la muqueuse duodénale.

Une cautérisation directe de l'estomac ne détermine d'ailleurs ni coloration brune, ni changement de volume de la paroi. La muqueuse et les parties sous-jacentes, y compris le cas échéant, le revêtement séreux, montrent tous la même lésion qui consiste en trouble des éléments avec conservation des formes extérieures.

Au contraire, lorsque par suite d'une dilution trop considérable du poison, l'effet caustique ne peut pas se produire, on observe des troubles purement inflammatoires: tuméfaction, trouble et mortification des cellules, infiltration hémorragique des couches sous-muqueuses, œdème et infiltration par de jeunes cellules. Là où se font les extravasations sanguines, il est naturel que l'épaisseur de la paroi soit augmentée, et l'hémoglobine se transformant en hématine sous l'influence des acides gastriques, le tout va prendre une teinte noirâtre. Les mêmes acides pénétrant jusqu'aux parties sous-jacentes vont en déterminer d'abord l'induration, puis le ramollissement. Nous répétons encore que, dans toutes ces phases successives, les éléments ne sont nullement altérés dans leurs formes. On dirait que l'action de l'acide consiste à amener une séparation plus facile des divers éléments, à dissoudre le cément intercellulaire.

Avec le ramollissement progressif des portions touchées par l'acide, on arrive fatalement à la déchirure complète de l'organe.

Lorsque le liquide de l'estomac qui se déverse dans les organes avoisinants, grâce à la déchirure, est suffisamment acide, on observe dans la rate, le foie, le péritoine, les reins, les mêmes lésions de trouble des éléments avec conservation de leurs formes, puis les mêmes gon-

flements, la même transformation de l'hémoglobine. Si la dilution est suffisante, ces phénomènes irritatifs prendront le dessus, et l'on observera, par exemple, une péritonite purement exsudative en tout semblable à celle que l'on observerait à la suite de toute autre cause.

On sait depuis longtemps que les lésions dues à l'acide sulfurique peuvent s'établir après la mort; mais l'auteur ne peut partager les idées de ceux qui enseignent que ces lésions cadavériques se distinguent des lésions vitales par l'absence de *réaction vitale*. La plupart du temps, cette réaction vitale qui est, en somme, un processus irritatif, n'existe pas quand les solutions sont concentrées : l'auteur a injecté dans le péritoine d'un chien 60 centimètres cubes d'une solution à 20 0/0 et n'a pas trouvé, une demi-heure plus tard, une seule trace d'exsudat ou rien qui indiquât une réaction quelconque.

Au point de vue de l'action de l'acide sulfurique, Lesser admet que ce n'est pas localement, mais bien en attirant les alcalis de l'organisme, que le poison produit ses effets.

Acide chlorhydrique. — Cet agent produit sur l'organisme des lésions qui ne peuvent être en rien différenciées de celles produites par l'acide sulfurique. Les assertions contraires sont erronées.

Acide azotique. — L'erreur la plus commune, au sujet de cet acide, consiste à croire que l'action est la même dans tous les cas, et qu'elle se manifeste sous forme d'escharres jaunes orangées dans lesquelles on constaterait d'ailleurs les mêmes modifications que dans les escharres noires de l'acide sulfurique. D'abord les taches jaunes ne se produisent que lorsque l'acide est concentré, et la même solution produira dans la bouche des taches orangées, dans l'œsophage des taches lilas ou grises, dans l'estomac des taches blanchâtres ou de simples corrosions. Il y a même là un excellent moyen de diagnostic entre les lésions de l'acide azotique et celles de l'acide chromique ou du perchlorure de fer. En second lieu, les taches jaunes dues à l'acide azotique sont, en effet, des nécroses immédiates, tandis que les taches noires de l'acide sulfurique sont dues à des hémorragies ou, si l'on veut, à des inflammations de nature hémorragique.

Lorsque les solutions employées sont de 10 à 15 0/0, on n'observe plus que des lésions inflammatoires qui ressemblent absolument à celles qui ont été étudiées plus haut.

Acide oxalique et oxalates. — L'auteur maintient que les lésions produites par cet acide sont très bien caractérisées. L'affection de l'estomac est très peu importante vis à vis de celle de l'œsophage ou du duodénum, comparativement aux acides minéraux même légers; on constate toujours la présence de cristaux d'oxalate de chaux dans l'estomac, dans l'intestin, dans les reins. Le tube digestif et l'intestin portent toujours les signes les plus évidents de la cautérisation : ce sont des corrosions blanchâtres ou d'un gris sale. Les corrosions s'accompagnent, comme précédemment, de tuméfaction trouble des éléments figurés, excepté dans l'estomac, où l'on constate avec étonnement une transparence anormale des zones internes. Là l'acide n'est plus assez concentré pour produire des corrosions, mais bien des irritations qui se manifestent sous forme d'hyperhémie, d'hémorragie, de tuméfaction et de sécrétion augmentée. Ces hémorragies sont punctiformes et n'atteignent jamais la

grosseur de celles qui sont produites par les solutions même très légères d'acide sulfurique.

Sur la muqueuse, on observe un grand nombre de petites taches qui ressemblent beaucoup à celles qui résultent de l'action de la leucine ou de la tyrosine sur le foie ou le pancréas. Au microscope, on reconnaît que ce sont là des dépôts d'oxalate de chaux. Ces dépôts simulent jusqu'à un certain point des érosions caustiques, mais ces derniers n'existent que dans des cas extrêmement rares.

Kobert et Kuessner avaient prétendu que la lésion principale caractéristique et unique (?) de cet empoisonnement était la lésion des reins. Lesser conteste ce fait tout en reconnaissant que la lésion est, en effet, constante et très remarquable.

Pour les autres corps, les faits ne présentent rien de nouveau.

C. ZUBER.

Die Hämoglobinurie erzeugende Wirkung des Naphtols (Hémoglobinurie déterminée par le naphtol), par Alb. NEISSER (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *n*° 30, 1881).

Kaposi a récemment recommandé l'emploi du naphtol (un des produits de la distillation du goudron), contre certaines affections cutanées, et en particulier, la gale et le psoriasis. Il faut être prévenu (et Kaposi avait déjà fait cette observation) que cette substance est, comme l'acide pyrogallique, susceptible de produire des accidents toxiques. Chez un malade de Kaposi, l'urine prit la couleur de vin doux. Chez un enfant atteint de prurigo, les urines devinrent sanglantes, et l'on vit se produire quelques-uns des accidents graves des néphrites aiguës (vomissements, perte de connaissance, éclampsie); cet état n'eut qu'une courte durée. Le naphtol, injecté sous la peau, tue les lapins à la dose de 1 gramme, et les chiens à la dose de 1gr,50. L'auteur a cité un cas de mort chez un homme vigoureux, après l'emploi de 12 grammes d'acide pyrogallique. Il est probable qu'une dose moindre de naphtol pourrait causer la mort. Il faut examiner avec soin les urines des malades qui font usage du naphtol, et s'abstenir de cette médication lorsque les reins ne fonctionnent pas normalement.

G. HOMOLLE.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'action reconstituante des eaux de Vichy, par DURAND-FARDEL (*Broch., Paris*, 1881).

Exposé dogmatique fait à la Société de médecine de Paris, qui avait invité l'auteur à lui présenter quelques remarques à ce sujet.

Il est un groupe très distinct parmi les états diathésiques, qui paraît constitué par une assimilation imparfaite des matériaux provenant des principes immédiats de l'assimilation. Ce groupe comprend l'arthritis, dont les affections rhumatismales sont absolument distinctes : l'arthritis, c'est-à-dire la goutte et la gravelle urique, — le diabète et l'obésité ; — quel que soit le point de départ de ces anomalies de la nutrition, leur résultat tangible est que : les principes azotés, gras ou sucrés, introduits par l'alimentation, ou formés de toutes pièces dans l'économie, ne subissent qu'incomplètement les transformations qui doivent les assimiler à nos tissus et ne sont brûlés qu'imparfaitement.

Or, l'action spéciale des eaux de Vichy et des autres eaux bicarbonatées sodiques franches est de faciliter l'assimilation de ces principes. La médication de Vichy est donc avant tout une médication d'assimilation. Sous son influence on voit s'amoindrir les manifestations et les produits de ces états diathésiques à des degrés divers, car on amoindrit mais on ne guérit guère les diathèses. Telle est l'action propre, spéciale des eaux de Vichy, et il faut reconnaître qu'ici l'action reconstituante n'a que peu à intervenir.

Mais là ne se bornent pas les applications usuelles des eaux de Vichy. On sait que les maladies du foie et de l'appareil digestif trouvent près d'elles une médication très effective, moins spéciale sans doute que dans les cas précédents, mais dont l'appropriation n'est pas moins notoire. Ici dominent l'énervement et l'anémie. Sur ce terrain se rencontrent, en outre de ces innombrables variétés d'états d'anémie et de dépression qui accompagnent les longues dyspepsies, les formes les plus prononcées d'anémie cachectisante, suites des maladies hépatiques et intestinales des pays chauds et des infections paludéennes de nos climats.

Or, quels que puissent être les mécomptes de la thérapeutique thermale dans les cas d'un caractère insurmontable, il est certain que nulle part la médication dite reconstituante ne se rencontre plus puissante, et ne trouve à s'exercer dans des circonstances plus saisissantes par leur intensité et par les conditions défavorables inhérentes au sujet. Peut-être les propriétés d'assimilation des eaux de Vichy permettent-elles de toucher à la théorie de leur action reconstituante ? mais on ne saurait expliquer davantage.

L'auteur termine en combattant l'opinion de Petit qui, il y a trente

ans, affirmait déjà « qu'il est peu d'affections contre lesquelles les eaux de Vichy aient un effet plus salutaire que contre la chlorose ». Il affirme, au contraire, que les résultats obtenus sont très variables. Il est rare qu'ils soient précisément défavorables, mais ils sont loin d'être toujours très satisfaisants, et ils demeurent, en général, fort incomplets. Il semble que les effets sont meilleurs quand, au lieu des phénomènes névrosiques, c'est l'anémie qui domine ; il semble aussi que les eaux de Vichy conviennent mieux aux atonies et aux dénutritions qui se relient à des états pathologiques déterminés qu'aux chloro-anémies simples et essentielles.

CAULET.

Étude sur la réaction électrique des eaux de Luxeuil, par Paul BÉNARD (*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. XXVI*).

Relation d'expériences entreprises à Luxeuil, dans le but de déterminer et de comparer les réactions électriques des diverses sources de cette station.

Dans une première série d'expériences, l'auteur vérifie le fait annoncé par Scoutetten, à savoir que chaque source étant reliée à la terre par un conducteur, fournit un courant électrique allant de la terre à l'eau, contrairement à ce qui se passe lorsqu'on relie la terre à une eau courante froide de rivière. Ici comme ailleurs le caractère de la réaction électrique particulière à l'eau minérale est le signe négatif accentué.

Dans la deuxième série d'expériences, l'auteur recherche si, comme on l'a généralement admis, l'action excitante des eaux minérales est en rapport avec l'intensité de leur réaction électrique. S'il en était ainsi, la plus excitante de deux eaux minérales mises en présence devrait présenter au plus haut degré le caractère de la réaction électrique spéciale à l'eau minérale, le signe négatif.

Pour vérifier cette hypothèse, on met en communication par un conducteur l'eau saline avec l'eau ferrugineuse ; or, contrairement à la théorie, l'eau saline, caractérisée cliniquement par son action sédative, devient négative par rapport à l'eau ferrugineuse, remarquable par son action excitante, qui se montre positive. D'où cette conclusion : ce n'est pas dans l'électricité que développent les eaux que l'on peut trouver la cause de leur action excitante.

CAULET.

De l'action des eaux sulfureuses d'Eaux-Bonnes (Source Vieille) sur l'excrétion de l'urée, par ANDRAL (*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. XXVI*).

Pendant les premiers jours de séjour aux Eaux-Bonnes, M. Andral recueille les urines des 24 heures, dose l'urée et établit ainsi la moyenne de l'urée excrétée. Les mêmes expériences sont faites pendant les derniers jours et dans les mêmes conditions; mais les sujets qui y ont été soumis ont bu une certaine quantité d'eau sulfureuse, qui a été soigneusement indiquée. En comparant la moyenne de la proportion d'urée excrétée dans les 24 heures pendant les derniers jours à celle qui avait été excrétée pendant les premiers, M. Andral trouve une augmen-

tation sensible d'urée. Ainsi, dans la première observation, ou l'auteur s'est mis en expérience, la moyenne de l'augmentation a été de 2gr,25 pour les 24 heures. Dans la deuxième observation, la moyenne de l'augmentation a été de 4gr,135. Dans la troisième observation, l'augmentation par jour est de près de 5 grammes. La première observation est applicable à un sujet indemne de toute affection pathologique : les deux autres observations ont été prises sur deux sujets dont les poumons étaient congestionnés. Ainsi, dans les trois cas, pour des conditions déterminées, le fait brutal qui paraît ressortir d'expériences comparables, est le suivant : l'eau de Bonnes prise en boisson exerce une influence qui se traduit par une augmentation sensible de l'urée.

Cette conclusion ne pourrait être acceptée sans réserves, et M. Byasson, dans le rapport qu'il a lu à la Société d'hydrologie, sur le travail de M. Andral, a montré qu'on ne devait pas attribuer ici l'augmentation de l'urée à l'action seule de l'eau sulfureuse. En effet, M. Byasson a reconnu, dans une série d'expériences pratiquées en collaboration avec son frère, M. L. Byasson et publiées en 1874, que le fait seul de séjourner à Paris ou à Cauterets, a une influence très marquée sur la proportion de l'urée excrétée dans les 24 heures, et en dehors, bien entendu, de tout traitement thermal. Les conditions climatologiques ne sont pas moins différentes entre Paris et les Eaux-Bonnes, l'on est donc en droit de rapporter au fait du séjour dans cette localité, l'augmentation constatée de l'excrétion de l'urée... Pour se mettre à l'abri de cette influence perturbatrice, MM. Byasson avaient fait leurs expériences à Paris, leur séjour habituel, avec de l'eau transportée. Celles-ci concordaient, d'ailleurs, comme résultat, avec celles de M. Andral. Notons, au contraire, que de ses dosages d'urée faits à Barèges, M. Armieux avait tiré la conclusion suivante : la proportion d'urée a baissé sensiblement chez tous les sujets mis en observation. CAULET.

Du traitement thermal sulfuré des phlegmasies périutérines, par CAULET (*Annales de la Soc. d'hydrologie méd. de Paris, t. XXVI*).

Parmi les affections chroniques de l'utérus traitées à Saint-Sauveur, celles qui bénéficient le plus de l'action thermale sont peut-être les phlegmasies périutérines ou péritonites partielles.

La douche utérine et même les simples irrigations vaginales avec l'eau minérale sont mal supportées et nuisibles, tandis que la douche intestinale a constamment de bons effets. Elle remédie à la constipation et à la rétention des gaz et des fèces, si fréquentes dans les pelvi-péritonites anciennes ; en outre, elle calme les douleurs et les malaises pelviens qui accompagnent ces affections. Bien que généralement douloureuse, son application est presque toujours suivie d'une sédation et d'une détente locales que les stupéfiants sont depuis longtemps inhabiles à procurer; cet effet si remarquable est obtenu dans les circonstances les plus différentes. La douche intestinale abat la douleur de la pelvi-péritonite à la période d'état, alors que l'élément phlegmasique subsiste encore en sa longue chronicité aussi sûrement que dans les cas très anciens où il semble ne plus exister que l'hystéralgie et l'hyperesthésie pelvienne consécutives à la péritonite éteinte.

Il ne s'agit pas là seulement d'un effet évacuant, mais aussi très probablement d'une sorte de massage local dont le mécanisme peut être expliqué par les coliques vives et les contractions intestinales sous l'influence de la douche. Il est vraisemblable que dans ces mouvements brusques, il se produit des ruptures d'adhérences, une certaine élongation des produits néo-membraneux, analogues à celles qui ont lieu par suite des inspirations profondes dans les anciennes pleurésies, ou des mouvements forcés dans les arthrites chroniques.

Les bons effets du traitement préconisé par M. Caulet ont été observés par lui dans différentes formes de la maladie, qu'il range dans les quatre groupes suivants :

1° Dysmétrie, hystéralgie, névropathie, consécutives à une périmétrite actuellement guérie ;

2° Pelvi-péritonites récidivantes liées ou non au catarrhe utérin ;

3° Pelvi-péritonites suppurées avec abcès fistuleux ;

4° Phlegmasies périutérines continues-chroniques.

Dans ces diverses formes, l'action résolutive du traitement de Saint-Sauveur est incontestable, mais on ne doit pas oublier que l'effet immédiat de cette médication est presque toujours excitant, et qu'elle ne doit être appliquée qu'avec la plus grande circonspection. DANLOS.

Des bronchites constitutionnelles et de leur traitement par les eaux sulfureuses, par SÉNAC-LAGRANGE (*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. XXVI*).

Le tempérament d'abord, la diathèse ensuite constituant la cause génératrice affective, le terme lympho-scrofule représente mieux pour l'auteur les modalités causales du lymphatisme et de la scrofule. Ces tempéraments, ces états constitutionnels, ces diathèses sont simples ou se compliquent ; arthritisme et lympho-scrofule peuvent influencer le même organisme. L'un attaque les bronches, l'autre porte ses manifestations sur d'autres systèmes ; plus rarement, l'un et l'autre affectent le même organe, l'organe bronchique. Les deux maladies alors ou les deux manifestations ne se mêlent pas, mais s'isolent. L'une agit comme un accident sur la continuité de l'autre ; tel un accès d'asthme dans le cours d'une bronchite lympho-scrofuleuse.

Les actes morbides appartenant à l'arthritisme ou à la lympho-scrofule diffèrent par leur évolution.

Le catarrhe arthritique est généralement sec, borné à la période irritative. Le catarrhe lympho-scrofuleux est humide, aboutit rapidement à la période suppurative et s'y maintient ; d'autres fois, c'est un catarrhe pituiteux très abondant.

La congestion appartient plus à l'arthritisme, soit comme fait local, soit comme fait de réaction générale. L'hémorragie est active chez l'arthritique et, par conséquent, répétée, fréquente et provoquée par la médication sulfureuse ; elle est plutôt passive chez le lymphatique, plus isolée, par conséquent, et bénéficiant davantage de l'action tonique de l'eau sulfureuse.

Aussi est-ce plus au début de la médication que dans son cours que

l'hémoptysie se produit chez le lympho-scrofuleux, quand elle se produit; chez l'arthritique, c'est aussi bien au début que dans la suite. A la bronchite arthritique appartiennent en propre certains phénomènes tels que les sensations spasmodiques, le froissement vésiculaire, l'emphysème. — Mais il est un élément morbide général commun à la lympho-scrofule et à l'arthritisme en action, et partant à la bronchite correspondante, plus particulier cependant à la lympho-scrofule, c'est l'atonie : atonie qui s'empare des éléments anatomiques des tissus, organes ou systèmes, c'est-à-dire de leurs fonctions et qui fait de la bronchite constitutionnelle une maladie aussi générale que locale, une maladie générale centralisée, comme eût dit Bordeu. Quand un tissu est seul atone, une action topique peut être curative. Quand l'atonie est complète, c'est-à-dire universelle, la guérison locale ne s'obtient que par la restauration plus ou moins générale des fonctions. Cette restauration, c'est l'action tonique qui ne peut être comprise que comme une action vitale dérivant de l'excitation provoquée par le traitement sulfureux. La guérison des bronchites constitutionnelles est donc plus le fait de l'action tonique générale que de l'action locale. Ainsi s'accusent l'unité et la fin des synergies organiques.

De l'excitation naissent aussi les actions plus locales, révulsives et dérivatives, les actions irritatives.

Ici l'auteur passe en revue les divers genres d'atonie, atonie des forces, atonie des fonctions digestives, atonie cardiaque et vasculaire, et leur modification par la cure thermale, avec les particularités qui les rattachent aux deux espèces de bronchites en question.

Les actes sécrétoires de la lympho-scrofule sont l'hypercrinie et la suppuration, accusant l'atonie comme tous les actes généraux et locaux. — La bronchite lympho-scrofuleuse n'est pas sans renverser ou perturber les termes de la fonction respiratoire. Apparaissent, en effet, dans son cours des respirations prolongées, suspirieuses et peu à peu bronchiques et retentissantes, qui, par l'emploi de la médication sulfureuse, ont leurs caractères exagérés. Le fait de la dilatation bronchique par atonie que ces signes accusent est ainsi rendu plus évident par la médication thermale qui, renforçant l'état fonctionnel du poumon, rend les bruits bronchiques plus accentués pour les faire disparaître ensuite.

Le rapport de la bronchite lympho-scrofuleuse avec la bronchite tuberculeuse ne peut être compris en d'autres termes que celui de la scrofule avec le tubercule. Sans doute, la tendance de la scrofule est à la dégénération caséeuse, mais cette tendance est limitée par la résistance relative de l'élément anatomique, résistance qui régit encore en partie la nutrition de l'élément. Dès que cette résistance ou cette tonicité de l'élément n'existe plus, le trouble fonctionnel s'ensuit et l'organisme entre dans le mode tuberculeux.

Différente est d'abord la résistance de l'élément anatomique qui est celle des tissus et systèmes, dans l'arthritisme; aussi a-t-on pu dire que le tubercule n'est pas dans le plan de l'arthritisme (Ferrand); que tout élément arthritique constitue un élément de résistance, et que la thérapeutique doit poursuivre la rénovation de ces éléments (Pidoux). Cette rénovation est le privilège de la médication sulfureuse. Mais en évoluant, l'arthritisme perturbe fonctionnellement les systèmes et les organes, et

peu à peu, lentement, à travers ces perturbations fonctionnelles, il les épuise, en sorte qu'ils tombent aussi en cette phase atonique qui provoque leur dégénérescence et peut également les entraîner dans le mode tuberculeux. Alors les actes morbides qui sont les éléments de la bronchite arthritique se multiplient et préparent la formation du tubercule dont ils prennent à leur tour la nature.

La cure thermale sulfureuse démontre la vérité de ces données sur les bronchites constitutionnelles en nous dévoilant le mode de guérison. Cette guérison, en effet, demande plus à la réaction générale de l'organisme qu'à la réaction de la partie affectée. C'est donc surtout aux éléments physiologiques de la maladie que la médication s'adresse; l'élément anatomique n'étant influencé que secondairement, de même que l'élément nosologique, — d'où l'auteur conclut à l'inanité de l'idée de cause affective. CAULET.

Notice sur les bains salins de Bex, par Th. EXCHAQUET (*In-8°, Lausanne*, 1881).

Étude sur la station balnéaire de Bex (canton de Vaud), actuellement une des plus importantes de la Suisse. Bex dispose comme agent thérapeutique : 1° d'une eau salée tirée des mines de sel du Bouillet, situées à 3 kilomètres de l'établissement thermal, laquelle renferme par litre 170 grammes de sels dont 157 de chlorure de sodium; 2° des eaux-mères qui restent après l'évaporation de l'eau salée et l'extraction de la majeure partie du sel marin; celles-ci contiennent surtout du chlorure de magnésium, 143 grammes par litre pour 293 grammes de sel.

Ces eaux s'emploient surtout en bain, coupées avec de l'eau douce et en proportions telles que le bain contienne de 1 1/2 à 3 0/0 de matériaux salins. Parmi les traditions locales signalons : 1° la pratique assez généralement suivie d'administrer une douche ou affusion froide immédiatement au sortir de l'eau salée; 2° un moyen tout empirique de prévenir la surexcitation chez les sujets nerveux et qui consiste à additionner le bain salé d'une faible dose de sous-carbonate de soude. Les applications thérapeutiques sont celles des eaux chlorurées sodiques froides. Elles se résument dans la scrofule sous toutes ses formes. CAULET.

Considérations sur la méthode d'inhalation froide et tempérée pratiquée aux eaux sulfhydriquées d'Allevard (Isère), par C. KASTUS (*Paris*, 1881).

Voici le résumé des observations :

Description des salles d'inhalation d'Allevard dont les eaux minérales, contenant par litre 25 centimètres cubes d'hydrogène sulfuré, sont très appropriées à ce mode de traitement.

Dans les salles d'inhalation froides, on ajoute simplement à l'atmosphère ambiante les gaz de l'eau minérale, ce que l'on réalise par le brisement d'un jet vertical placé au milieu de la salle. Ici la température, en rapport avec la température extérieure, oscille entre 16 et 18 degrés centigrades; pas de vapeur d'eau condensée, l'air reste transparent et nulle modification dans le costume n'est nécessaire pour y séjourner.

Les salles d'inhalation tempérée renferment comme les précédentes

un jet d'eau minérale brisé, mais de plus elles sont en communication avec une chaudière dans laquelle bout l'eau minérale. En outre du gaz fourni par brisement du jet, cette salle reçoit donc encore les gaz chauds et la vapeur dégagée par l'ébullition de l'eau ; sa température est ainsi élevée à 28°. Ici l'excès de vapeur envoyée pour porter et maintenir à 28° l'atmosphère de la salle, se condense sous formes de fines gouttelettes; on se trouve donc au milieu d'un brouillard et il devient nécessaire de revêtir un peignoir pour éviter que les vêtements ne soient pas mouillés. L'auteur attache une grande importance à la formation de ce brouillard. Chacun des globules qui le composent se chargeant par dissolution de l'hydrogène sulfuré répandu dans l'athmosphère, reconstitue une eau sulfhydriquée à l'état de division extrême ; de la sorte la salle d'inhalation tempérée serait une véritable salle de pulvérisation tiède. CAULET.

De la propriété que possèdent certaines eaux minérales naturelles de favoriser l'absorption de l'oxygène, par COIGNARD (*Union médicale, nos 76 et 77, 2-4 juin 1881*).

Relation d'une série d'expériences montrant que le pouvoir absorbant des eaux pour l'oxygène de l'air varie selon la nature des composés salins que ces eaux tiennent en dissolution.

Voici comment l'auteur fut amené à faire ces expériences. Ayant constaté que les poissons rouges laissés dans de l'eau qu'on ne renouvelle pas, y meurent plus tôt lorsque cette eau est pure que lorsqu'elle est aiguisée d'un peu d'eau alcaline, il imagina que cette inégale résistance pouvait tenir à des différences dans l'oxygénation de l'eau. Pour vérifier cette hypothèse, il exposa comparativement à l'air, d'une part 250 centimètres cubes d'eau de puits et de l'autre une égale quantité de la même eau coupée d'un tiers d'eau alcaline. Au bout de six jours il trouva que l'eau pure contenant 6 centimètres cubes d'oxygène, l'eau alcalinisée en contenait 7. Il lui parut alors intéressant de rechercher quels étaient parmi les éléments minéralisateurs de l'eau, les agents actifs du phénomène. Dans cet but il laissa à l'air libre pendant une semaine, d'une part 250 centimètres cubes d'eau distillée, privée d'air et de l'autre cinq solutions salines préparées avec la même eau et contenant pour 250 centimètres cubes : la première $1^{gr},25$ de bicarbonate de soude, la deuxième $1^{gr},25$ de sulfate de soude, la troisième $1^{gr},25$ des chlorure de sodium, la quatrième $12^{mm},5$ d'arséniate de soude, la cinquième 25 milligrammes de monosulfure de sodium. Au bout de ce temps on trouva que l'eau pure ayant absorbé 3 centimètres cubes d'oxygène, les solutions salines en avaient pris : celle de bicarbonate de soude 5 centimètres cubes, celle de chlorure de sodium 4 centimètres cubes, celle de sulfate de soude 6 centimètres cubes, celle d'arséniate de soude 7 centimètres cubes, celle de mono-sulfure de sodium, 6 centimètres cubes. Il fit encore de semblables expériences avec douze eaux minérales naturelles et trouva qu'après six jours d'exposition à l'air libre ces eaux contenaient pour un litre : celles de Marienbad, de Kissingen et de Saint-Alban, 5 centimètres cubes d'oxygène; celles de Pougues, d'Eaux-Bonnes et d'Orezza, 6 centimètres cubes; celles de Carlsbad et

la Bourboule, 7 centimètres cubes ; celles de la Grande-Grille de Vichy, des Célestins de Vichy et d'Élisabeth de Cusset, 9 centimètres cubes; enfin celle du Mont-Dore 10 centimètres cubes.

Ces faits sont-ils de même ordre et comparables? L'auteur ne se pose pas la question. Nous avons vu qu'après six jours d'exposition, l'eau de puits contenait 7 centimètres cubes d'oxygène pour 250 centimètres cubes, soit 28 centimètres par litre, c'est-à-dire des quantités très sensiblement supérieures à celles contenues dans les eaux minérales mises en expérience; cela n'empêche pas Coignard de conclure que « les eaux minérales absorbent plus d'oxygène que les eaux douces ». Partant de là, il affirme que « certaines eaux naturelles, et parmi celles-ci les bicarbonatées sodiques froides favorisent l'absorption de l'oxygène, et que par suite l'usage de ces eaux chez l'homme est utile à la nutrition, et que c'est un des meilleurs modes du traitement des anémies et de la chorose ». Nous ne suivrons pas l'auteur dans cette exposition non plus que dans les déductions qu'il tire de ses expériences pour montrer que la cachexie alcaline n'est qu'une vue de l'esprit et pour faire la réfutation complète de cette théorie. CAULET.

Note sur les propriétés médicinales de l'acide silicique, par CHAMPOUILLON (*Union médicale*, 26 *juillet* 1881, *in Soc. méd. des Hôpitaux*).

L'auteur donne le résultat de sa pratique à Luxeuil. Les eaux alcalines des sources contiennent par litre 1gr,15 de matières salines dont 0gr,12 d'acide silicique, qui donne à l'eau une sorte d'onctuosité savonneuse. Il emploie ces eaux en bains, et en lotions, et de plus en fait boire plusieurs verres. Ce traitement appliqué à des cas de couperose et d'acné déjà invétérés ont donné d'excellents résultats; il réussit surtout pour les couperoses, soit accidentelles, soit sous la dépendance du lymphatisme, de la dyspepsie, des affections utérines, de la grossesse, de l'âge critique, de l'arthritisme; il ne réussit pas dans les cas de couperose héréditaire, ou dépendant d'une maladie du cœur ou du foie, ou entretenue par l'ivrognerie ou les influences climatériques. H. L.

Sur les effets physiologiques et pharmaco-thérapiques des inhalations d'oxygène. Note de G. HAYEM (*Acad. des sciences*, 2 *mai* 1881).

L'oxygène exerce sur le sang une action très nette, car il excite la formation des hématoblastes et des globules rouges, en élevant de 5 à 10 0/0 le contenu de ces derniers en hémoglobine; mais ces effets sont très passagers. Chez les chlorotiques, par les inhalations d'oxygène, le nombre des globules rouges devient notablement plus grand, mais la valeur qualitative de ces éléments n'est pas influencée, et lorsqu'on cesse les inhalations, les malades ne tardent pas à perdre tout le bénéfice qu'ils paraissaient en avoir tiré. Cependant ces inhalations n'en constituent pas moins un auxiliaire utile du traitement de la chlorose par les ferrugineux, car elles augmentent l'appétit, modifient heureusement tous les troubles gastriques, et se caractérisent surtout, au point de vue pharmacothérapique, par leurs effets sur le vomissement qu'elles arrêtent

toutes les fois qu'il n'est pas entretenu par une lésion organique de l'estomac; elles peuvent même arrêter les vomissements incoercibles de la grossesse. M. DUVAL.

Ueber die Wirkung der heissen Luft — und Dampfbaeder (Sur les effets des bains d'air chaud et des bains de vapeur), par A. FREY et HEILIGENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, *p.* 406, 12 *juillet* 1880).

Dans l'étuve sèche, dont la chaleur est de 50 à 58° centigrades, la température rectale reste normale pendant les 40 premières minutes; au bout de ce temps, elle monte avec une extrême lenteur et atteint rarement 39°. La température de l'aisselle atteint celle du rectum, sans jamais la dépasser.

Dans l'étuve humide, à même température, un séjour de 30 minutes suffit pour porter la chaleur rectale à 39 et celle de l'aisselle à 39,5.

Le pouls et la respiration augmentent de fréquence plus lentement et moins dans l'étuve sèche que dans l'étuve humide.

Après les deux espèces de bains, on constate une diminution passagère de la quantité d'urine et de la proportion d'urée qu'elle renferme, tandis que la proportion d'acide urique est accrue du triple; cette augmentation persiste encore le lendemain du bain.

Les modifications de l'urine sont plus marquées après les bains de vapeur qu'après ceux d'air chaud.

Dans tous deux, la sécrétion sudorale est considérable, mais elle est plus forte dans l'étuve sèche.

Les bains de vapeur activent davantage les échanges nutritifs, de sorte qu'à régime égal, la diminution de poids y est plus grande qu'après les bains d'air chaud.

Il ressort de ces expériences que les bains de vapeur conviennent aux individus jeunes et robustes, tandis que l'étuve sèche est mieux appropriée à l'état des autres. J. B.

Einiges zur Anwendung des Natron benzoicum (Quelques remarques sur les applications du benzoate de soude aux maladies de l'enfance), par KLEMM (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 27, *p.* 395, 5 *juillet* 1880).

Klemm a employé le benzoate de soude chez 7 coqueluchéux, sans en obtenir aucun résultat.

Il l'a également administré, durant trois semaines, à 5 scarlatineux qui ont guéri, mais sans que cette médication ait semblé contribuer au résultat.

En revanche, il se loue de son efficacité dans le catarrhe gastro-intestinal des enfants. Il y a eu recours pour 16 cas, dont 12 se sont terminés par guérison.

Dans la discussion, Meinert célèbre les bons effets qu'il a vus du benzoate de soude chez 20 diphtéritiques.

En l'employant dans la gastro-entérite des enfants, Grenser a obtenu la cessation rapide des vomissements, mais non de la diarrhée. (*R. S. M.*, XVI, 106, 108, 109 et 117.) J. B.

Zur expectorirenden Wirkung des Apomorphins, par BECK (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 12, 1881).

Dans la bronchite aiguë, l'apomorphine facilite l'expectoration en accroissant la fluidité des sécrétions.

L'influence du médicament n'est pas moins favorable dans la bronchite chronique, et surtout dans cette forme si pénible du catarrhe sec, où l'on voit les accès de toux diminuer et la dyspnée s'amender grâce à lui. C'est surtout dans la broncho-pneumonie à la période de déclin que l'auteur a pu apprécier l'action expectorante de l'apomorphine et confirmer les résultats de Kormann (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, 1880).

Voici la formule qu'il emploie pour l'adulte :

Chlorhydrate d'apomorphine. . . .	6 à 8 centigrammes.
Acide chlorhydrique dilué	1 gramme.
Sirop simple	30 grammes.
Eau distillée	120 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les 2, 3 ou 4 heures.

La même solution est utilisée pour les enfants, mais on donne en moyenne une cuillerée à café par heure.

L'apomorphine n'est plus un médicament très coûteux, et la solution ainsi formulée ne doit pas se vendre plus d'un marc (1 fr. 25 c.).

L. GALLIARD.

Elettricita nello stomaco... (Électrisation directe de l'estomac chez les animaux et chez l'homme, et gastro-électrode pour la pratiquer), par Baldrino BOCCI (*Lo Sperimentale*, *p.* 561, *juin* 1881).

Pour s'assurer de l'action de la faradisation sur l'estomac, l'auteur fit plusieurs expériences.

1° Sur un lapin, après avoir ouvert le ventre et mis l'estomac à nu, il faradisa les parois abdominales de manière à ce que le courant passât par l'estomac; résultat incertain;

2° et 3° Sur un autre lapin, il ouvrit le ventre, fit sortir l'estomac et faradisa comme dans le premier cas la paroi abdominale : il observa des contractions de l'organe et une turgescence de ses vaisseaux. La même expérience, répétée sans ouvrir le péritoine, ne donna que de légers mouvements de l'estomac.

4° Pour connaître les sensations procurées par la faradisation, l'auteur se faradisa lui-même en mettant une électrode à l'épigastre et en promenant l'autre sur divers points de l'abdomen. Il n'éprouva que des contractions musculaires externes avec sensation de brûlure de la peau.

5° La faradisation de l'estomac de la même manière, après le repas, amena des vomissements, preuve des contractions de l'estomac sous l'influence de l'électricité.

6° La faradisation de l'estomac mis à nu, chez un cobaye, une électrode étant laissée sur le thorax, produisit une injection vasculaire et des contractions de l'organe.

7° Une électrode étant introduite par l'œsophage dans l'estomac et l'autre mise sur le thorax, le courant induit, même très faible, produisit des effets plus constants que dans le cas précédent.

8° et 9° La même expérience fut répétée en introduisant une électrode

dans l'estomac par une fistule gastrique. La faradisation produisit une hypersécrétion notable de suc gastrique dans la région de ces glandes, et de mucus lorsque l'électrode touchait la région pylorique.

10° et 11° Pour pouvoir faradiser la paroi interne de l'estomac chez l'homme, l'auteur inventa une sorte de gastro-électrode en forme de sonde œsophagienne, mais ne put s'en servir d'une manière encore pratique.

Il se contente de conclure dès à présent que par la faradisation directe de l'estomac, on provoque assez facilement des contractions musculaires, l'injection des vaisseaux et une hypersécrétion de suc gastrique. Par ses recherches cliniques, il s'efforcera de poser les règles pour l'électrisation directe de la paroi stomacale chez l'homme afin d'en obtenir les effets signalés dans ses recherches sur les animaux. L.-H. PETIT.

Die Anwendung der Electricitaet in der Medicin exclusive der Kranheiten des Nervensystems (Applications médicales de l'électricité, en dehors des maladies du système nerveux), par A. GUENTHER (de Zurich) (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte, n°* 16, *p.* 523, 15 *août* 1880).

Le médecin doit toujours essayer préalablement sur lui-même l'intensité du courant qu'il destine à son malade ; s'il n'est pas un spécialiste, il doit n'employer que les appareils les plus simples. Guenther donne la préférence, pour les courants constants, à la batterie de Stoehrer et, pour les courants d'induction, à l'appareil à chariot de Du Bois-Reymond, qu'on munit d'une échelle centimétrique afin de mesurer aussi exactement que possible la force du courant.

Pour les rhéophores, il rejette les éponges montées sur des capsules de laiton, à cause de la difficulté de les tenir propres et il se sert de charbons de cornue ou de plaques de laiton recouvertes d'amadou. Le galvanomètre lui a montré qu'il vaut mieux humecter les électrodes avec de l'eau chaude qu'avec de l'eau froide.

1° Applications des courants *faradiques*. Dans tous les genres d'*asphyxie* et plus spécialement dans celle des nouveau-nés, on obtient de merveilleux résultats en pratiquant la respiration artificielle de la façon suivante : Le pinceau électrique est appliqué dans l'espace interscapulaire (ce qui est préférable à l'application sur la région précordiale et, chez les enfants au moins, à la faradisation des nerfs phréniques) tandis que l'autre pôle est placé sur le sternum ou dans la paume de la main. Chez les nouveau-nés, l'intensité du courant doit être telle qu'elle produise sur la peau la sensation de vives piqûres.

Le *ventre tombant* des multipares est également justiciable de la faradisation. Au bout de 15 à 20 séances, on voit les muscles relâchés récupérer leur tonicité. L'un des électrodes est placé à l'insertion sternale du grand droit, l'autre est promené sur le trajet du muscle. Le courant doit être assez fort pour provoquer d'énergiques contractions du biceps brachial. Mais il faut laisser les muscles abdominaux se reposer pendant le double du temps durant lequel on les fait se contracter, sinon ils se fatigueraient. La faradisation doit porter aussi sur les obliques.

La *constipation* habituelle par atonie intestinale est traitée victorieusement par les courants d'induction. Des deux plaques servant de rhéo-

phores, l'une est appliquée sur le sacrum, l'autre est promenée le long du côlon. Pour éviter les contractions des muscles abdominaux, il faut employer des courants d'intensité moyenne et appuyer énergiquement les électrodes.

La faradisation est encore indiquée dans la *cystite chronique* avec incontinence. On a le choix entre deux procédés : l'électrisation externe, les pôles étant placés sur le périnée et la symphyse, ou, ce qui est bien préférable, l'électrisation interne. Pour cela, la vessie étant vidée, on la remplit d'eau légèrement acidulée avec de l'acide chlorhydrique et on introduit dedans un cathéter, l'autre électrode étant placée sur la symphyse. Les séances durent 4 minutes : on augmente graduellement la force du courant jusqu'à atteindre la limite de la sensibilité, puis, pour terminer, on en diminue progressivement l'énergie. En faisant ainsi 3 séances hebdomadaires durant un mois, Guenther a guéri des catarrhes vésicaux invétérés et rebelles à toutes les autres médications.

Contre l'*impuissance fonctionnelle*, les courants faradiques sont supérieurs aux courants galvaniques. Assez souvent l'azoospermie se complique d'un arrêt de la sécrétion préputiale qui entraîne la sécheresse et la desquamation du gland. Habituellement, il suffit d'une séance quotidienne pendant 1 ou 2 semaines pour faire disparaître ces troubles. Le courant n'a pas besoin d'être fort ni même douloureux : les testicules et le gland doivent être placés entre les deux électrodes.

2° Applications des courants *galvaniques*. En laissant de côté les affections nerveuses et la galvanocaustique, leurs applications sont moins nombreuses.

Contre les *résidus d'épanchements pleurétiques*, Guenther a utilisé avec succès les propriétés catalytiques du pôle négatif des batteries. Avec un courant fourni par 18 éléments de Stoehrer, l'anode étant sur le sternum et le cathode sur le point malade, il a vu en 12 jours disparaître la matité et reparaître le murmure vésiculaire, après que tous les autres traitements s'étaient montrés infructueux.

Les heureux effets du pôle négatif se sont montrés aussi dans les *périostites chroniques*. Guenther cite en particulier une dame non scrofuleuse qui avait un gonflement du maxillaire supérieur tel qu'elle ne pouvait plus ouvrir les mâchoires; en même temps il y avait de la tuméfaction des ganglions cervicaux correspondants, des fistules le long du maxillaire inférieur et des fusées purulentes du côté du cou. Au bout d'une semaine d'électrisations journalières avec un courant de 12 à 14 éléments, la configuration de l'os et les mouvements de la mâchoire étaient redevenus normaux; puis les adénites rétrogradèrent et les fistules se fermèrent.

Ce mode de galvanisation trouve aussi des indications dans les *cicatrices* dont il provoque la résorption en déterminant l'hyperhémie du tissu. Sous ce rapport, il est plus avantageux de produire des interruptions du courant, en promenant le pôle négatif au lieu de le laisser en place.

Enfin Guenther a encore recouru à la galvanisation, mais cette fois avec le pôle positif, contre le *rhumatisme musculaire*. J. B.

Azione di alcune sostanze medicamentose sulla excitabilità del cervello, etc. (Action de quelques médicaments sur l'excitabilité du cerveau et contribution à la thérapeutique de l'épilepsie), par Pietro ALBERTONI (*Lo Sperimentale, p.* 225 *et* 237, *septembre et octobre* 1881).

A la suite d'un grand nombre d'expériences sur les animaux, avec le bromure de potassium, l'atropine et la cinchonidine, et d'observations cliniques sur l'action comparée de ces médicaments dans le traitement de l'épilepsie, Albertoni est arrivé aux résultats suivants :

1. L'administration continue du bromure de potassium chez les chiens diminue considérablement l'excitabilité du cerveau. Ceci est démontré par ce fait que les excitations électriques qui d'abord, chez l'animal sain, étaient actives, ne le sont plus après l'ingestion du bromure, ou ne produisent plus que des effets peu marqués.

Une forte dose de bromure peut même, à elle seule, diminuer l'excitabilité de la couche corticale du cerveau.

Après l'administration prolongée du bromure de potassium, on n'arrive plus à déterminer une attaque d'épilepsie chez les chiens, par l'excitation électrique de l'écorce cérébrale (zones excitables pour la face et les membres), même en employant des courants d'intensité bien plus grande que celle qui suffisait à la provoquer sur le chien à l'état normal.

Le bromure de potassium crée de fortes résistances à la diffusion de la décharge, du point excité au reste de l'encéphale.

2. L'atropine augmente l'excitabilité du cerveau, comme le démontre la plus grande sensibilité de l'écorce cérébrale au stimulant électrique. Cet effet est surtout évident lorsqu'on emploie des doses d'atropine non très élevées, mais toxiques, et peut servir à donner l'explication des phénomènes cérébraux produits par cette substance, et de leur intermittence.

Les différences de l'excitabilité et du développement du cerveau expliquent bien les faits importants suivants : *a*) l'action moindre de l'atropine chez les enfants et chez les chiens très jeunes, relativement aux adultes ; *b*) les phénomènes cérébraux extraordinairement plus intenses chez les chiens que chez les moutons, dont le cerveau, quoique plus développé que celui des chiens, est cependant bien moins excitable ; *c*) le défaut d'action chez les pigeons, dont le cerveau est inexcitable. L'action de l'atropine sur le cerveau est proportionnée au degré d'excitabilité de cet organe ; et toutes les causes qui en amoindrissent l'excitabilité diminuent les effets de l'atropine.

L'administration prolongée de l'atropine n'enlève, ni ne diminue pas tout à fait la possibilité de produire des attaques d'épilepsie par l'excitation électrique de l'écorce cérébrale. Les petites doses d'atropine peuvent rendre un peu plus active la circulation cérébrale en accélérant les mouvements cardiaques. Les doses élevées contractent les vaisseaux encéphaliques et dilatent les vaisseaux périphériques. La contraction des vaisseaux encéphaliques cesse par la section du grand sympathique cervical. Après la section de ce nerf d'un côté du cou, la dilatation des vaisseaux produite par l'atropine est plus grande dans l'oreille du côté

sain que dans celle qui n'est plus soumise à l'influence du grand sympathique. L'atropine agit en excitant les centres vaso-moteurs, constricteurs et dilatateurs.

3. La cinchonidine administrée à dose médicinale, chez des personnes atteintes d'épilepsie, rend les accès plus fréquents. Cette substance, et en général les principes actifs du quinquina, sont contre-indiqués dans l'épilepsie.

Après l'ablation du cerveau ou des centres psycho-moteurs, la cinchonidine produit encore des convulsions générales et des accès d'épilepsie. Les causes qui diminuent l'excitabilité des centres nerveux sont des obstacles à l'action convulsivante et épileptogène de la cinchonidine. Elle excite les noyaux centraux moteurs.

L'administration prolongée du bromure de potassium rend impossible le développement des accès épileptiques qui surviennent chez les chiens par l'administration de la cinchonidine à dose élevée et mortelle. En outre, les animaux ne succombent pas à l'empoisonnement par la cinchonidine. Le bromure de potassium est donc indiqué et très actif dans l'épilepsie dépendante d'un état de surexcitation des centres nerveux.

L'administration continue de l'atropine n'empêche pas le développement des attaques épileptiques produites par la cinchonidine, et les animaux succombent comme d'ordinaire.

L'atropine est inactive et contre-indiquée dans l'épilepsie dépendante d'un état de surexcitation primitif et spontané des centres nerveux. On peut cependant l'essayer dans les cas d'épilepsie récente développée à la suite d'une frayeur, en l'administrant jusqu'aux doses toxiques.

L'atropine pourrait agir dans l'épilepsie, parce que, en faisant contracter les vaisseaux encéphaliques, elle prévient les congestions et les stases, et parce qu'elle diminue l'excitabilité des nerfs sensitifs et moteurs. L.-H. PETIT.

Traitement de la douleur par les vibrations mécaniques, par BOUDET DE PÂRIS (*Progrès médical*, 5 *février* 1881).

L'auteur a employé pour ses recherches un diapason de petite dimension, donnant le la² (217, 5 vibrations doubles par seconde) et monté électriquement. Sur un des bords de la planchette-support où les vibrations sont les plus intenses, est vissée une tige de cuivre longue de dix centimètres, terminée par un disque de un centimètre de diamètre, ou par une pointe mousse.

Les premières expériences faites sur un homme sain ont produit une analgésie locale et souvent même une anesthésie très marquée; l'effet est d'autant plus rapide et plus complet que l'on agit plus près d'un nerf sensitif et sur un tissu moins épais.

L'instrument appliqué sur le front au bas des tempes fait vibrer les parois du crâne; dans des cas de migraine même très aiguë ces vibrations ont souvent coupé court à l'accès. Dans des cas de névralgie faciale l'application du disque sur le nerf malade, a amené en quelques minutes la disparition des douleurs. Il y a donc là d'après l'auteur, un moyen thérapeutique de grande valeur. H. L.

On the actions and use of citrate of caffein as a diuretic (De l'action diurétique du citrate de caféine et de son emploi), par David BRACKENRIDGE (*Edinb. med. Journ.*, *p.* 4, *juillet* 1881).

Le but de l'auteur est de prouver que le citrate de caféine est un diurétique qui agit directement sur l'épithélium rénal, et non pas seulement sur la pression artérielle. Les raisons qu'il allègue pour défendre cette théorie sont les suivantes :

Le citrate de caféine n'augmente pas la quantité d'urine dans les cas où les cellules épithéliales du rein sont altérées, par exemple dans les premiers stades de la néphrite desquamative. Chez les cardiaques asystoliques, ses effets sont également peu accentués.

Lorsqu'il provoque la diurèse, il n'augmente pas seulement la quantité d'eau éliminée, mais celle de l'urée, ce qui prouve le rôle joué par les cellules rénales.

Associé à la digitale, il provoque une abondante élimination d'urée, qui ne peut s'expliquer par un phénomène de filtration mécanique.

Les indications et contre-indications du médicament sont donc les suivantes :

Dans les cas de lésions graves de l'épithélium du rein, il faut se garder de l'administrer : en revanche, il peut être fort utile au moment de la convalescence de la néphrite aiguë desquamative.

Chez les cardiaques, il faut commencer par la digitale, et ne donner la caféine qu'au bout de quelques jours, quand les épithéliums rénaux commencent à se réparer. On peut obtenir des résultats très considérables en l'employant concurremment avec la digitale, mais il ne faut pas prolonger longtemps l'action combinée de ces deux diurétiques, sous peine d'épuiser l'activité glandulaire du rein. H. R.

Nitro-Glycerine in Angina pectoris, par MAC CALL ANDERSON (*Glasgow med. journ.*, *juillet* 1881).

L'auteur recommande, dans les cas d'angine de poitrine, l'usage de la nitroglycérine. La préparation employée est une solution alcoolique au 100e, dont les malades prennent quatre à cinq fois par jour de trois à six gouttes. L'effet de ce médicament est anologue à celui du nitrite d'amyle, il amène une fluxion vasomotrice rapide, qui peut aller jusqu'à la céphalée si la dose est outrepassée. L'auteur cite une observation où le résultat de ce traitement fut très favorable. H. R.

Du traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude administré intus et extra, par HALLOPEAU (*Union médicale*, 1er *mai* 1881).

Le salicylate a été expérimenté sur 13 malades, soit en application de compresses imbibées d'une solution neutre du sel à 1/20 et fréquemment renouvelées, recouvertes d'ailleurs de taffetas gommé, soit en une potion contenant 4 grammes dans un grog léger.

Presque toujours la température a baissé notablement à partir du

moment où le traitement a été institué, et la maladie a semblé avoir été abrégée dans plusieurs cas; le salicylate n'a pas amené les mêmes accidents que dans la fièvre typhoïde. En cas de dyspnée ou d'accidents cérébraux, il est toujours prudent de s'abstenir de la médication salicylée. H. L.

Injections éthérées de bromhydrate de quinine, par Mac AULIFFE (*Journ. de de thérap.*, n° 21, *novembre* 1880).

Exerçant à l'île de la Réunion, l'auteur a l'occasion fréquente de rencontrer des cas graves de fièvre palustre pernicieuse. Dans des cas pressants, où l'intervention immédiate était nécessaire, il a donné avec succès le bromhydrate de quinine en injection hypodermique.

Il s'est servi de la formule suivante :

Bromhydrate de quinine.	1 gramme.
Éther sulfurique.	8 cent. c.
Alcool rectifié.	2 —

Une seringue de Pravaz renferme 10 centigrammes de bromhydrate. On a pu injecter jusqu'à 1 gramme de ce sel. A. M.

Ueber die Benutzung von Eisenpräparaten zu subcutanen Injectionen (De l'emploi des préparations ferrugineuses en injections sous-cutanées), par H. NEUSS (*Zeitsch. f. klin. Med.*, *Band III*, *p.* 1, 1881).

Les préparations ferrugineuses, même à dose modérée, produisent, lorsqu'on en continue l'usage, des troubles digestifs qui deviennent une véritable contre-indication. Pour les éviter, divers médecins ont eu recours aux injections sous-cutanées. Neuss cherche le composé ferrugineux qui convient le mieux, étant donné ce dernier mode d'emploi. Dans ce but, il a cherché quels étaient les sels de fer les plus diffusibles, c'est-à-dire qui passaient le plus rapidement à travers le dialyseur Graham, au bout de combien de temps ils apparaissaient dans l'urine, s'ils ne donnaient lieu à aucun phénomène local d'irritation, et s'ils agissaient d'une façon utile sur la sanguinification.

Les injections de sels de fer agissent comme le fer ingéré et n'ont point d'action fâcheuse sur le tube digestif. Le choix de la substance à injecter est discuté par l'auteur, et voici comment il conclut :

La meilleure préparation à injecter dans le tissu cellulaire sous-cutané est le pyrophosphate de fer dissous dans le citrate de soude. Elle a l'avantage de se conserver facilement et de contenir beaucoup de fer (26,6). On peut employer une solution au sixième. Au bout d'une demi-heure, le fer apparaît déjà dans l'urine.

L'albuminate de fer vient en seconde ligne, il contient moins de fer que le sel précédent, et il est plus difficile à conserver.

Le pyrophosphate de fer, chez une malade, produisit une irritation locale, il fut bien supporté par deux autres sujets.

Il faut, d'après l'auteur, rejeter l'emploi des sels suivants : citrate d'oxyde de fer, citrate de fer quinique, saccharate d'oxyde de fer, oxyde de fer dialysé dissous dans la glycérine. M. DEBOVE.

Hyoscyamia as a depresso-motor, par E.-C. SEGUIN (*Arch. of med., New York, vol. V, n° 3, p. 283, 1881*).

L'auteur a employé avec succès l'hyoscyamine dans la paralysie agitante et les affections choréiformes, c'est-à-dire qu'il a pu obtenir deux ou trois heures de calme avec des injections hypodermiques de un demi à un milligramme, ou par l'administration à l'intérieur de 1 à 2 milligrammes. Il résume ainsi l'état de nos connaissances sur ce médicament.

L'hyoscyamine agit comme un mydriatique, mais il reste à démontrer qu'elle agit plus complètement et plus longtemps que l'atropine.

A petite dose, elle diminue le nombre des battements du cœur, augmente la tension artérielle et arrête la perte de la chaleur du corps. Elle produit des hallucinations et du délire. Elle peut déterminer un abaissement et parfois une élévation brusque de la température axillaire. A fortes doses, elle augmente immédiatemement le nombre des pulsations, produit une apparence de paralysie ou de débilité motrice et le sommeil.

L'hyoscyamine est indiquée dans la manie, l'agitation, le délire de persécution, la démence avec agitation et idées de destruction, la manie épileptique, l'insomnie, les battements rapides du cœur, l'épilepsie (?), l'état épileptique, la chorée, la paralysie agitante, les spasmes hystériques, les tremblements, les névalgies, etc.

Dans la manie et les états analogues, elle produit le sommeil aussi sûrement que le chloral, sans aucun effet consécutif fâcheux, sauf des troubles gastriques passagers.

Dans la paralysie agitante elle arrête les mouvements pendant 4 heures ou plus sans causer d'insensibilité.

Dans l'état épileptique, elle diminue matériellement la durée de l'attaque.

Ses propriétés diurétiques sont très considérables.

M. Seguin ajoute que dans les cas de chorée très aiguë, où la mort est imminente par suite de mouvements incessants, l'hyoscyamine, administrée par la voie hypodermique, peut être très utile en déterminant le relâchement musculaire, permettant ainsi au malade de reposer, et donnant aux autres médicaments le temps d'agir. L.-H. PETIT.

Le tænia à l'hôpital Saint-Mandrier, par BÉRENGER-FÉRAUD (*Bullet. gén. de thérap., juillet 1880, p. 49*).

L'auteur donne d'abord des chiffres intéressants sur le nombre des tænias soignés à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier, sur leur nature et sur leur provenance. Il s'est surtout proposé de mettre en parallèle les diverses méthodes de traitement suivies et d'en comparer les résultats. A ce point de vue, son travail se résume très bien dans le tableau suivant.

Tableau des divers traitements employés à Saint-Mandrier contre le tænia.

		Succès.	Insuccès ou douteux.	Total.
	Calomel	»	2	2
	Ail	»	4	4
	Poudre de fougère mâle	»	5	5
	Huile éthérée de fougère	»	2	2
	Graines de courge	4	77	81
	Huile	»	3	3
	Kousso en poudre	14	159	173
	Extrait de kousso	»	3	3
	Eucalyptus (poudre, feuilles en infusion, extrait)	»	8	8
Grenadier.	Feuilles	»	4	4
	Fruits	»	3	3
	Tiges herbacées	»	7	7
	Extrait d'écorces	»	10	10
	Racine sèche	23	154	177
	— fraiche	4	15	19
	Tige fraiche, saine	25	14	39
	— malade	1	17	18
	Écorce dans 250 grammes d'eau	1	16	17
	— en poudre,	»	6	6
	Punicine	»	3	3
	Sulfates de pelletiérine et d'isopelletiérine	7	13	20
	Tannate de pelletiérine	61	19	80
	— de méthylpelletiérine et de pseudo-pelletiérine	»	38	38
		140	587	722

A. MATHIEU.

De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire, par A. COMBE (*Thèse de Paris* 1879, *et Bulletin général de thérap., décembre* 1880.)

Voici les conclusions de ce travail :

1. L'acide arsénieux est, de tous les agents thérapeutiques appliqués à la cure de la carie dentaire, l'un des plus précieux et des plus efficaces.

2. C'est à titre d'agent astringent et surtout comme caustique qu'il doit être employé, et cela de préférence à toutes les autres substances du même ordre.

3. L'emploi de l'acide arsénieux n'est pas indiqué dans la première période de la carie.

4. Dans la deuxième période, en cas d'insuccès des astringents, l'acide arsénieux employé à dose irritante (1 milligr. environ), peut donner de bons résultats en provoquant la réparation éburnée du fond de la carie.

5. Dans la troisième période, il est le destructeur par excellence de la pulpe dentaire.

6. L'acide arsénieux devra toujours être employé sous l'état opaque ou porcelainé, en poudre impalpable et à sec.

7. L'association de la morphine et de la créosote est sans influence sur l'action caustique, non plus que sur la douleur produite.

Tout mélange de ce genre devra être rejeté.

8. Les pansements arsénieux devront varier de volume et de disposition suivant l'étendue des dénudations de la pulpe et la forme de la carie.

9. La dose caustique d'acide arsénieux ne doit en aucun cas dépasser 2 à 3 milligrammes.

10. Toute application arsenicale devra être recouverte d'un pansement solide et résistant, destiné à empêcher le déplacement.

11. La douleur produite par la cautérisation de la pulpe varie infiniment ; nulle sur la pulpe saine, elle est très vive sur l'organe enflammé.

L'intensité de la douleur est donc toujours proportionnelle à l'état inflammatoire de l'organe.

La durée de cette douleur est proportionnelle à la surface touchée par le caustique.

12. Toute application arsenicale au fond d'une carie, sur une pulpe malade, devra être précédée de pansements calmants destinés à ramener cet organe le plus près possible de l'état physiologique.

13. Le nombre des pansements arsenicaux sera subordonné au volume de la pulpe à détruire et aux divisions qu'elle pourra présenter. La destruction totale de l'organe est la seule limite.

14. Dans la poursuite des prolongements radiculaires de la pulpe par le caustique, on devra éviter d'atteindre le sommet des racines, où l'on rencontrerait le périoste.

15. A la suite des applications arsenicales, il sera utile de débarrasser la cavité pulpaire de tous les débris mortifiés de l'organe.

16. Il faudra être très circonspect dans l'emploi de l'arsenic aux caries des *dents temporaires*, dont les racines sont en voie de résorption, et des *dents permanentes jeunes* dont le développement n'est pas encore achevé.

17. Les accidents locaux sont dus, soit à l'excès de la dose employée, soit au déplacement du pansement arsenical, qui porte son action sur les parties voisines : muqueuse, périoste, tissu osseux. Ces dernières complications peuvent être de la plus haute gravité.

Les accidents d'intoxication résultent de l'ingestion dans l'estomac de pansements à doses excessives et appliquées sans protection suffisante.

A. MATHIEU.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

GÉOGRAPHIE MÉDICAL. .

I. — *Climatologie.*

I. — **Traité de climatologie médicale, par H.-C. LOMBA** (*4 volumes avec atlas de 25 cartes en couleur. Paris,* 1877-18 0).

II. — **Le climat de Brest, ses rapports avec l'état sanitaire, par BORIUS** (*Un volume in-8° avec sept planches lithographiées. Paris,* 1879).

III. — Topographie médicale de la ville de Turin, par J. RIZZETTI (*Revue d'hyg. et de police sanit., II, p. 664, août* 1880).

IV. — Contribution à l'étude des maladies et de l'acclimatement des Européens dans l'Afrique intertropicale, par DUTRIEUX (*Tirage à part de Deutsches Archiv für Geschichte der Medicin und medicinische Geographie, III,* 1880).

V. — Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale, par A. NICOLAS, LACAZE et SIGNOL (1 *vol. in-8° de 96 pages. Paris,* 1881).

VI. — Contribution à la météorologie. Étude sur les climats équatoriaux, par FÉRIS (*Archives de médecine navale, n°* 11, 1879).

VII. — Climat et valeur sanitaire du Tonkin, par MAGET (*Archives de méd. nav., n°* 5, 1881).

VIII. — Considération sur le climat et la salubrité de la Réunion, par DELTEIL (*Archives de méd. nav., n°* 7, 1881).

IX. — Note sur le Guaniékalari, envisagé au point de vue de la salubrité, par TAUTAIN (*Archives de méd. nav., n°* 6, 1881).

X. — Contribution à la géographie médicale. La déportation simple à l'île des Pins, par GUYOT (*Arch. de méd. nav., n°* 9, 1881).

XI. — Contribution à la géographie médicale. La Guyane hollandaise, par VAN LEENT (*Archives de méd. nav.,* 1880 *et* 1881).

XII. — La race indigène de la Nouvelle-Galles du Sud, par CAUVIN (*Arch. de méd. nav., n°* 10, 1881).

I. — Pour cette œuvre magistrale à laquelle l'auteur était préparé par toute sa carrière, par des études climatologiques poursuivies sans relâche depuis un demi-siècle, il a mis simultanément à contribution sa longue expérience, ses relations cosmopolites, ses connaissances polyglottes et les travaux de ses devanciers, tels que Hirsch, Boudin, Armand (*R. S. M.*, I, 1005), Pauly (*R. S. M.*, V, 246), Jourdanet (*R. S. M.*, VI, 254), pour ne citer que les ouvrages les plus connus ou les plus récents.

Il est arrivé ainsi à faire de son livre, comme il le dit lui-même, un arsenal où ceux qui viendront après lui pourront puiser à pleines mains en toute certitude.

Ne pouvant suivre Lombard dans toutes ses pérégrinations qui embrassent la totalité du monde habité, contentons-nous d'indiquer à grands traits le contenu de ces quatre gros volumes et de l'atlas.

Le tome premier renferme la météorologie médicale et la climatologie générale.

Le tome second comprend l'étude des climats polaires, des climats froids (nord de l'Amérique, Scandinavie, Russie), et d'une partie des climats tempérés d'Europe (Hollande, Belgique, Iles Britanniques, France et Allemagne).

Dans le tome suivant, se trouve d'abord le reste des régions européennes tempérées (Suisse, Italie, péninsule ibérique, Austro-Hongrie, Turquie, Principautés danubiennes, Grèce, etc.); puis commence l'étude des climats exotiques par l'Amérique et l'Afrique.

Dans le dernier volume, après avoir achevé par l'Asie son tour du globe,

l'auteur présente, sous forme de conclusion, sur la distribution géographique des maladies, une sorte de synthèse des descriptions précédentes; c'est-à-dire qu'après avoir exposé pour chaque climat la série des formes morbides qui s'y rencontrent, il groupe maintenant ces descriptions régionales et étudie tour à tour chaque espèce morbide dans sa répartition sur le globe.

A propos de chaque pays, Lombard traite successivement la géographie, la climatologie, l'ethnographie, la démographie et la pathologie.

L'ouvrage se termine par les chapitres où Lombard étudie les influences pathogéniques, prophylactiques et thérapeutiques des différents climats.

Les 7 premières cartes de l'atlas figurent la répartition mensuelle et saisonnière de la mortalité; les 9 suivantes représentent la distribution géographique de la maladie et du crétinisme; les 9 dernières sont consacrées à la fièvre jaune, à la phtisie, au choléra, à la lèpre et à la dysenterie. J. B.

II. — Travail consciencieux enrichi de nombreux tableaux numériques ou graphiques et d'un plan de Brest.

Selon la classification de Martins, Brest appartient au climat séquanien. Mais Borius admet un cinquième groupe de climats français, le *breton*, dont Brest offre les caractères exagérés.

Température tiède (moyenne annuelle de 11°,1), vents énergiques dominant du sud-ouest, humidité considérable (relative 79 centièmes; tension de la vapeur d'eau 9 millimètres), nébulosité forte et persistante, brouillards et pluie, tels sont les phénomènes caractéristiques de ce climat qui est le plus constant de France. Nulle part en France, la différence entre les températures de l'été, 15,8, et de l'hiver 6,6, n'est moindre; nulle part, les variations thermométriques, saisonnières, mensuelles ou quotidiennes ne sont aussi faibles. La saison froide et la saison chaude durent chacune 6 mois. La douceur de la température hivernale ne trouve d'analogues qu'en Provence et au sud des Pyrénées. Le nombre des jours de gelée est 3 fois plus faible qu'à Paris. Cette égalité de climat est due à l'abondance des pluies : quantité annuelle moyenne 940 millimètres; nombre moyen des jours pluvieux, 175. L'exposition la meilleure pour la façade des maisons est le sud-est.

Le système d'égouts est très imparfait. Les eaux ménagères et autres s'écoulent à ciel ouvert dans des ruisseaux qui traversent la ville pour se rendre à la mer. Seule la pluie est chargée de nettoyer les rues.

La constitution médicale, conséquence de l'humidité permanente du climat, prédispose aux affections catarrhales et aux maladies inflammatoires tendant à la chronicité. Malgré l'égalité de la température, les maladies à *frigore* sont fort nombreuses (angines, pneumonies, pleurésies, rhumatisme articulaire aigu).

Le climat de Brest est très favorable à ceux qui reviennent des pays chauds anémiés ou atteints d'affection du foie.

Le chiffre des naissances est de 1 sur 29 habitants, chiffre très élevé si on le compare à celui de la France entière (1 sur 35); comme dans toute la France, la natalité atteint en mars son maximum.

On compte 1 mort-né sur 39 naissances, proportion très satisfaisante, puisque pour l'ensemble de la France, elle est de 1 sur 30.

La mortalité générale est très élevée : 32,8 sur 1,000 habitants (sexe masculin 30; sexe féminin 36,9). Plus d'un tiers des décès est fourni par les enfants au-dessous de 5 ans, et la moitié de ces décès de l'enfance a lieu dans la première année. Enfin, le premier mois de la vie compte 5 fois plus de morts que chacun des 11 autres mois.

Pour les adultes, le maximum de mortalité a lieu au milieu de l'hiver, et le minimum à la fin de l'automne (novembre). Dans la première enfance, au contraire, le maximum de décès est estival, mais comme les chaleurs à Brest, sont courtes et peu intenses, leurs effets désastreux sur le premier âge sont moins prononcés que dans l'ensemble de la France.

A l'hôpital de la marine, les 3 causes de décès les plus communes sont la pthisie, la pneumonie et la fièvre typhoïde. L'extrême fréquence de la phtisie provient surtout de ce qu'à Brest, ce sont les âges compris entre 20 et 40 ans qui comptent le plus de représentants.

Les décès mensuels par phtisie sont en raison inverse de la température moyenne des mois précédents.

L'amplitude des oscillations thermométriques n'a aucune influence sur la mortalité de la pthisie et de la pneumonie. — A Brest, les cancers semblent rares.

Plus il y a d'eau dans l'atmosphère, moins les décès sont nombreux dans la période qui suit immédiatement. Aussi Borius conclut-il avec Casper et Lombard et contrairement à Michel Lévy, que c'est le froid sec qui est le plus nuisible, sauf dans les régions paludéennes. J. B.

III. — Turin a été la première ville qui ait possédé un bureau municipal d'hygiène.

Le directeur actuel de l'institution est l'auteur de l'intéressant travail auquel nous allons faire quelques emprunts.

Les eaux potables proviennent de sources recueillies dans la vallée du Sangone, en 1859; leur quantité est de 20,000 mètres cubes par 24 heures, chiffre qui est devenu insuffisant par l'augmentation des habitants.

Quelques principales rues font leurs vidanges à l'égout qui les porte lui-même au Pô. Les fosses fixes sont en grande majorité.

La température moyenne annuelle est de 12,3; la hauteur barométrique 737,18; la fraction hypométrique de 69 centièmes avec une quantité annuelle de pluie s'élevant à 784^{mm},05, et 98 jours pluvieux ou neigeux pour 208 parfaitement sereins. Les vents dominants sont ceux du nord-est, puis ceux du sud-ouest.

Turin comptait au 1er janvier 1880, 236,658 habitants qui disposaient en moyenne chacun de 41 mètres carrés. En 1879, il y a eu 1,810 mariages (soit 0,7 pour cent habitants), dont 58 entre consanguins; 7,021 naissances (3 pour cent) dont 1,054 illégitimes; 530 mort-nés et 5,664 décès (2,44 pour cent).

A l'époque du dernier recensement (31 décembre 1871), Turin renfermait 233 sourds-muets de naissance (11 pour mille), dont 141 femmes et 17 individus (10 hommes) chez lesquels la surdi-mutité était acquise.

Les aveugles de naissance étaient au nombre de 26, dont 15 hommes et ceux qui l'étaient devenus postérieurement au nombre de 183, dont 92 femmes.

Les imbéciles et les idiots de naissance étaient au nombre de 121

(0,5 pour 1,000), dont 63 femmes; postérieurement à la naissance, 66 (0,3 pour 1,000), dont 42 hommes. Il y avait 516 fous (2,4 pour 1,000), dont 274 hommes.

Le crétinisme et la pellagre sont complètement inconnus à Turin même, en revanche les bègues y sont très nombreux.

Le nombre des décès par phtisie va diminuant. Après avoir atteint son maximum en 1865 (94 sur 1,000 décès, ou 28,8 par 10,000 habitants), il s'est abaissé en 1879 à 59 par 1,000 décès ou 14,2 par 10,000 habitants; le sexe féminin y entre pour une part beaucoup plus considérable (157 femmes pour 100 hommes).

Turin possède un service médical de nuit; la ville elle-même a 4 cimetières et chacun des 13 faubourgs *extra muros* en a un. On compte une vingtaine d'établissements hospitaliers, dont un pour les enfants scrofuleux situé à Loano (golfe de Gênes), et un abattoir avec inspection vétérinaire organisée. J. B.

IV. — L'auteur qui a fait, en qualité de médecin, partie de la première expédition de l'association internationale africaine, a eu pour but dans cet opuscule d'exposer les résultats de son observation et de son expérience et d'en tirer quelques conclusions pratiques.

Les transitions brusques de température suffisent à provoquer les récidives de *fièvre*, sans le concours de nouvelles causes fébrigènes.

La durée de l'incubation est de 6 à 8 jours pour les fièvres *rémittentes* de l'Afrique orientale, de 15 à 20 jours pour les *intermittentes*. Les constitutions faibles sont plus facilement atteintes. L'acclimatement ne constitue jamais une immunité absolue à l'égard des fièvres. L'influence miasmatique se fait également sentir sur les animaux. Dutrieux a vu 3 tuberculeux atteints de la fièvre; chez eux, l'évolution des tubercules a subi un temps d'arrêt.

Les nouveaux arrivés contractent ordinairement des fièvres rémittentes, tandis que les résidants ne sont plus, en général, atteints que de fièvres intermittentes. L'intoxication miasmatique finit par entraîner un état cachectique accidenté de temps à autre par des accès fébriles.

La fièvre affecte le type rémittent ou intermittent suivant l'activité du foyer miasmatique et, dans le même foyer, suivant les changements de température; en effet, la fièvre rémittente est plus fréquente partout, au moment des grandes chaleurs.

Les premières manifestations fébriles sont précédées de prodromes; mais, après plusieurs attaques, la période prodromique est presque nulle et le stade de froid manque souvent.

Le type quotidien est plus commun que le type tierce qu'il précède toujours; le type quotidien lui-même peut être précédé du double quotidien.

La marche retarde ordinairement l'apparition de l'accès. Chez les nouveaux arrivés, les accès se développent de préférence entre minuit et midi; chez les autres entre midi et minuit.

Rarement l'accès complet dure plus de 8 à 10 heures; la température la plus élevée observée par l'auteur sur lui-même a été de 41°.

Dans les contrées intertropicales de l'Afrique, la tuméfaction du foie est aussi commune chez les fébricitants que l'est celle de la rate chez les sujets impaludés dans les pays tempérés.

Quant à l'action prophylactique de la quinine, elle paraît au moins contestable à l'auteur. La teinture d'eucalyptus est complètement inefficace.

Le thermomètre médical est un des instruments indispensables aux voyageurs. Il avertit de l'imminence de la fièvre. Mais il faut savoir qu'au bout d'un certain séjour la moyenne thermométrique physiologique est généralement élevée de 2 à 3 dixièmes.

Dans l'Afrique intertropicale, c'est la dysenterie qui est l'affection la plus meurtrière. Outre l'endémicité, les transitions brusques de température et le mauvais régime alimentaire jouent un rôle capital dans son étiologie.

L'usage des boissons alcooliques ou d'une eau mauvaise, suffirait pour déterminer une dysenterie grave.

Dans les cas heureux, la dysentérie se termine au bout d'un septénaire; dans les autres, elle affecte la forme adynamique.

Voici les mesures prophylactiques : un seul repas de viande par 24 heures, riz et pain comme bases du régime; proscription absolue de l'alcool auquel on substitura le thé, le café froid dilué, l'hydromel et le *togoï* (macération de sorgho); ne boire que de l'eau distillée, car la filtration et l'ébullition sont satisfaisantes pour corriger les eaux chargées de chlorures, de nitrates et de sulfates; porter des ceintures de laine, en étoffe de burnous, faisant plusieurs fois le tour du ventre.

Parmi les autres affections intertropicales, Dutrieux cite un parasite cutané dit *ver de bœuf* qu'il a décrit dans le *Bulletin de la Société belge de géographie* (1879), et les conjonctivites muco-purulentes.

Les moindres plaies tendent à devenir phagédéniques.

Il y a dans l'Afrique intertropicale, des contrées réellement salubres, telles sont les hauteurs du Ngourou et de l'Ousagara, qui sont appelées sans nul doute à devenir pour les blancs de véritables stations sanitaires. L'acclimatement qui est possible dans cette zone, s'accompagne de grandes modifications fonctionnelles, d'ailleurs bien connues.

S'il y a possibilité d'adaptation de l'organisme à de nouvelles conditions météorologiques, en revanche, il n'y a pas d'immunité possible contre les maladies endémiques, l'acclimatement *pathologique* n'existe pas. Tout au plus peut-on considérer l'acclimatement *météorologique* comme atténuant dans une certaine mesure l'action des causes morbigènes. Cela est vrai, même pour les indigènes; c'est la confirmation de la théorie soutenue de tout temps par les médecins militaires d'Algérie.

J. B.

V. — Ce petit volume représente le travail d'une commission chargée par la Société de médecine pratique de Paris, à la suite de la communication de Dutrieux, analysée ci-dessus, de la rédaction d'instructions générales concernant la médecine et l'hygiène, et destinées aux voyageurs de l'Afrique intertropicale. Cette tâche a été confiée à un vétérinaire (Signol) et à deux médecins, dont l'un (H. Lacaze) a exercé à l'île de la Réunion, dont l'autre (A. Nicolas) est médecin de marine en retraite, avantageusement connu par plusieurs œuvres scientifiques.

L'ouvrage qui représente un petit manuel d'hygiène des pays chauds et de pathologie exotique, est divisé en trois parties : la moins importante concerne l'hygiène vétérinaire; vient ensuite l'hygiène et la

prophylaxie des voyageurs, et enfin la pathologie des régions intertropicales.

Les questions d'hygiène sont traitées avec tous les détails nécessaires. « A beaucoup d'égards, ces indications paraîtront minutieuses ; mais dans les conditions particulièrement périlleuses où il est appelé à agir, l'explorateur nous paraît être dans la situation d'un valétudinaire pour qui *tout est aquilon :* et qui ne sauvegarde sa vie précaire que grâce aux précautions dont il sait l'entourer. Ce climat funeste se joue de toutes les témérités, et nous l'avons vu désarçonner les plus habiles comme les plus braves. Avec de l'audace et du sang-froid, on peut encore surmonter les obstacles du monde visible ; mais il faut savoir capituler avec les miasmes et les intempéries. En ceci, ce sont les prudents que la fortune favorise. »

On ne saurait assez insister sur l'importance de ce principe : sans une hygiène minutieuse, les voyages d'exploration dans ces régions ne sont que la recherche d'une mort fatale.

L'exposé de la pathologie exotique est remarquablement au courant de la science, et bien supérieur par sa concision, l'enchaînement logique des faits, le ton d'autorité de l'exposition, aux publications du même genre.

Les auteurs ont, comme il était naturel, consacré plus d'espace aux diverses manifestations de l'intoxication palustre, mais ils n'ont pas oublié pour cela la dysenterie, l'hépatite et surtout les parasites animaux ou végétaux qui jouent dans les pays chauds, un rôle dont on se fait difficilement une idée lorsqu'on n'a jamais quitté les pays tempérés. Nous n'avons qu'une seule critique à faire : la partie thérapeutique qui évidemment doit être détaillée, est devenue, à notre avis, un peu trop touffue : d'après les idées des rapporteurs, l'arsenal médicamenteux devrait contenir 65 espèces différentes. Nous voyons figurer l'acétate de potasse, les acides chlorhydrique et sulfurique, les bromhydrate, sulfate et chlorhydrate de quinine, l'eau de Luce, le coaltar saponiné, le kousso et la pelletiérine, etc. ; n'est-ce pas un peu trop luxueux ? Et d'autre part, 80 grammes de calomel et 100 grammes de poudre d'ipéca, ne sont-ils pas insuffisants ? C. Z.

VI. — Travail d'ensemble renfermant des idées neuves et originales en cosmographie ; nous les négligerons cependant pour ne nous attacher qu'à la climatologie proprement dite.

Autrefois on divisait, en prenant la latitude pour base, les climats en trois zones : Rochard, dans l'article *climat* du dictionnaire de Jaccoud, a fait voir les défauts de cette classification, et « a proposé de partager « l'espace compris entre l'équateur et les pôles en cinq zones climatériques, séparées par des lignes isothermes, présentant entre elles « une différence de 10° de température, et d'admettre cinq espèces de « climats » :

1° Les climats torrides, s'étendant de l'équateur thermal à la ligne isotherme de + 25° ;

2°) Les climats chauds étendus de la ligne + 25° à celle de + 15° ;

3°) — tempérés compris entre celle de + 15° et de + 5° ;

4°) — froids entre celle de + 5° et de — 5° ;

5°) — polaires entre celle — 5° et — 15°.

Sous le nom de zone intertropicale, Feris comprend à peu près la zone torride de Rochard ; mais il fait remarquer que les régions situées immédiatement au nord et au sud de l'équateur, présentent quatre saisons : deux sèches et deux pluvieuses, tandis que dans les régions tropicales, on n'en observe que deux : la saison sèche et l'hivernage. Ces zones ont encore bien d'autres différences : dans les régions tropicales, la moyenne barométrique est toujours supérieure de 3 à 5 millièmes à celle de la zone équatoriale, où en revanche, les variations barométriques diurnes ont beaucoup plus d'amplitude et de régularité. Près de l'équateur, l'état hygrométrique est constant et considérable ; aux tropiques, il est peu élevé pendant la saison sèche. — L'élévation annuelle de la température est constante dans la zone équatoriale ; pas d'écarts journaliers; pas de saison fraîche ; mais aussi la chaleur n'y arrive pas au maximum thermique, comme dans la zone tropicale.

Pour toutes ces raisons, Feris propose de diviser la zone torride en climats *dioriques* (δις, deux; ωρα, saison) ou à deux saisons, et en climats *diploriques* (διπλοος, double), ou à doubles saisons alternantes. Les climats diploriques ou équatoriaux vont du 4° méridional au 10° septentrional. Les climats dioriques ou tropicaux contiennent d'un côté la zone comprise entre le 10° et le 30° nord, et le 5° et le 25° sud de l'autre.

Ayant constaté et démontré la raréfaction du gaz respiratoire dans les climats équatoriaux, Feris rapproche ces climats des climats d'altitude de Jourdanet, et compare l'anoxyhémie des latitudes à celle des altitudes.

La division de la zone torride en deux climats nous semble un progrès, mais nous pensons que l'auteur n'a pas été aussi heureux dans le reste de la classification des climats, car il fusionne, à tort suivant nous, sous le nom de climats *tempérés* les climats chauds et tempérés de Rochard, et sous le nom de *climats psychoriques*, les climats froids et polaires.

C. Z.

VII. — Le Tonkin a un climat hybride, tempéré en hiver, tropical en été. L'hiver commence avec novembre et les Européens ont alors sept bons mois.

Il y a peu de maladies, et surtout peu de maladies imputables au seul climat. Dans un marais de plusieurs milliers de lieues carrées, rempli en été, desséché en hiver, la malaria est peu tenace et moins répandue que dans une multitude de localités de notre pays! De même que Foiret, Maget explique cette inocuité par le surmènement de la terre, à qui l'on fait produire deux récoltes de riz par année. — La dysenterie est rare et bénigne.

Le choléra, endémique dans tout le pays, subit chaque année une recrudescence au début de la saison chaude.

Les traumatismes importants guérissent rapidement, tandis que les plaies insignifiantes dégénèrent aisément en plaies annamites (ulcère phagédénique des pays chauds).

Dans les terres basses, l'eau de rivière n'est pas potable; il faut employer l'eau de pluie. C. Z.

VIII. — « En dehors des mois de décembre, janvier, février, mars, « pendant lesquels la chaleur est quelquefois étouffante, bien que se « tenant dans des limites raisonnables, tous les autres mois de l'année « offrent des températures délicieuses. »

La colonie, qui passait jadis pour un pays des plus sains, est maintenant fort éprouvée par les fièvres intermittentes. Elles seraient brusquement survenues en mars 1869 (?) Delteil ne sait à quoi attribuer cette apparition. C. Z.

IX. — La question des chemins de fer transsahariens donne un intérêt tout particulier aux renseignements si pratiques que nous apporte Tautain, médecin de la mission du haut Niger.

Les 4 officiers européens, qui composaient la mission, ont été pendant 4 mois abrités par une mauvaise case, mal couchés, mal nourris, sans vin, sans café, sans médicaments ; aussi ont-ils été très éprouvés par la fièvre paludéenne ; mais à part 95 diarrhées alimentaires, il n'y a pas eu d'autres maladies. Le personnel indigène, en fait de maladie endémique vraie, n'a présenté que des cas de filaire de Médine, dues à l'ingestion d'eau.

D'un autre côté les maladies dominantes chez les Bambaras, la scrofulose, l'éléphantiasis, l'aïnhum, sont le résultat d'un régime alimentaire défectueux et de conditions hygiéniques déplorables, puisque leurs voisins, les Toucouleurs et les Pouls, qui ont d'autres modes de nourriture, sont loin de présenter la même morbidité.

Tautain conclut que le pays, qui s'étend de la rive droite du Niger depuis Touréla jusqu'à Ségou, peut être habité pendant un temps assez long par les Européens, et en tout temps par les indigènes de la Sénégambie. C. Z.

X. — Les déportés étaient répartis en cinq communes ; deux infirmeries étaient destinées aux maladies légères, et l'hôpital aux cas plus sérieux. Le travail de Guyot repose sur la statistique de cet hôpital, et est précédé de considérations climatériques.

L'île des Pins est très salubre ; son climat est chaud et humide ; l'année s'y divise en deux saisons principales, l'une dite fraîche, et l'autre chaude ou hivernage. Le maximum des maladies correspond au 1er trimestre, et le minimum au 3e ; ce sont là les saisons extrêmes ; les 2e et 4e trimestres, sortes de périodes de transition, sont à peu près identiques comme état sanitaire.

Pendant les six années observées, 1873 à 1878, l'effectif moyen des déportés a été de 2,150, qui ont donné une moyenne annuelle de 402 entrées à l'hôpital et de 35,5 décès. Près du tiers de ces morts est imputable à la phtisie, comme on pouvait s'y attendre chez des gens de 25 à 45 ans, usés prématurément et déprimés moralement et physiquement. Du reste, à l'arrivée, on a relevé 53 cas d'anémie et 52 de scorbut. La dysenterie, les affections cérébro-spinales marchent après la phtisie. La fièvre typhoïde, qui a fait des ravages relativement considérables parmi les Européens de Nouméa, gens de tout âge, a peu sévi à l'île des Pins ; la différence d'âge suffit à expliquer ce fait.

XI. — Cette étude très complète embrasse l'historique de la colonie, son sol, son climat, sa flore, sa faune, son industrie, etc. Au point de vue démographique nous voyons les Indiens, race aborigène, en pleine décadence grâce à la misère et à l'alcoolisme. Les Africains, amenés en état d'esclavage, se sont multipliés d'une façon prodigieuse, et « sont devenus indigènes ». Après les nègres, ce sont les Chinois, qui résistent le mieux. La race blanche supporte difficilement le climat de cette ré-

gion, et malheureusement l'auteur ne donne pas de renseignements sur la valeur de différents métis qui, suivant Crevaux, résistent mal aux fièvres intermittentes, cette plaie du pays. Les différentes tentatives de colonisation par les Européens n'ont donné que des insuccès et sur les 48,275 habitants, on compte à peine 107 Européens.

La partie la plus intéressante pour le médecin, est le chapitre consacré à la pathologie, qui, fait exclusivement avec des documents hollandais, nous expose les idées ayant cours chez nos confrères des Pays-Bas sur les maladies exotiques.

Les maladies endémiques sont : les fièvres intermittentes, « qui ne se montrent avec le caractère franchement intermittent, que chez les indigènes ou chez les étrangers acclimatés, » le trismus des nouveau-nés, cause de mort fréquente pour les enfants de race noire ou colorée, et qui doit être souvent attribué à l'intoxication paludéenne et traité par des injections sous-cutanées de quinine.

Les coliques sèches, très fréquentes autrefois, ont disparu, et ces dernier cas observés étaient des coliques évidemment saturnines.

La lèpre et l'éléphantiasis importés par les nègres sont devenus endémiques. Dans le principe les médecins hollandais croyaient à la contagion de la lèpre, mais l'idée de l'hérédité tend de plus en plus à devenir prédominante. La léproserie de Batavia où les lépreux de tout sexe vivent dans une horrible promiscuité est un reste de ces vieux errements ; Van Leent demande sa suppression et son remplacement par des hôpitaux *ad hoc*. Il insiste sur le traitement préventif, qui doit reposer sur les lois de l'hygiène privée et sociale, et fait appel dans ce but à l'intervention du gouvernement. Quant à l'éléphantiasis, l'analogie, sinon l'identité entre les cas observés à Surinam et la lymphangite pernicieuse de Rio-Janeiro, amène Van Leent à se demander s'il n'y aurait pas là une origine palustre, et si on s'écarterait beaucoup de la vérité en portant le diagnostic de lymphangite pernicieuse ou de fièvre pernicieuse à forme lymphatique.

Le *Pian*, ou bouton indien, est une variété des différents boutons observés au Brésil, aux Moluques, en Afrique, etc.; il ne montre que des points insignifiants de différence, en conservant toujours son type constant, son inoculabilité, sa contagiosité. La lèpre, l'éléphantiasis, le pian frappent spécialement les noirs. La fièvre jaune n'est pas endémique à la Guyane hollandaise ; chaque épidémie a eu lieu par importation au moyen de la navigation ; mais si le gouvernement ne prend pas des mesures de protection suffisantes, ce pays deviendra un foyer secondaire de typhus amaril. Pour l'auteur, la maladie est transmissible, contagieuse ; c'est une affection infectieuse de nature miasmatique comme la peste et le choléra. C'est une erreur, estiment les médecins néerlandais, de considérer la fièvre jaune comme le plus haut degré des fièvres de malaria. Huit cas ont été observés où la maladie, à courts intervalles, a envahi deux fois le même individu. C. Z.

XII. — Les indigènes australiens sont une race métisse nègre et indien ; ils ont la plupart des caractères des nègres, sauf la chevelure longue et bouclée.

Pour jouir des droits de l'homme les jeunes gens passent par certaines épreuves, entre autres la circoncision ; quelques tribus pratiquent cette

opération à la mode judaïque ; chez d'autres, elle consiste dans la section du canal urétral, par la partie inférieure, soit jusqu'à la moitié de la longueur du pénis, soit jusqu'au scrotum. Cette opération est faite au moyen d'un silex tranchant. La verge prend une forme aplatie et le prépuce flotte libre au-dessus du gland.

Les femmes ont une singulière position pour accoucher : elles sont accroupies, les genoux en terre, le dos du pied appuyant sur le sol et les fesses sur les talons. Une matrone assise derrière sert de point d'appui.

Les femmes qui fument beaucoup durant leur grossesse donnent naissance à des enfants bouffis, qui succombent aux suites de la dentition ou du sevrage.

Là, comme partout, les indigènes en contact avec la civilisation européenne ont vu leur santé naturelle décliner en grande partie par l'abus des boissons alcooliques. C. Z.

II. — *Pathologie exotique.*

I. — Relation d'une épidémie de suette miliaire qui a régné à l'île d'Oléron au mois de juillet 1880, par ARDOUIN (*Archives de médecine navale, p.* 45-50 *et* 137-148, 1881).

II. — Der Aussatz auf des iberischen Halbinsel (La lèpre dans la presqu'île ibérique), par R. VIRCHOW (*Arch. für path. Anat. und Phys., t. LXXXIV, p.* 417).

III. — Pathologie des enfants en Grèce ; le ponos de Spetza et d'Hydra, par STEPHANOS (*Gaz. hebd., n°* 47, 1881).

IV. — De la filaire de Médine ou ver de Guinée rencontrée à l'état endémique dans la province de Bahia, par J.-F. DA SILVA LIMA (*Arch. de méd. nav., n°* 5, 1881).

V. — Der Dochmius und verwandte Helminthen in ihren Beziehungen zu der sogenannten Bergcachexie (Rapport des helminthes, spécialement du Dochmius avec la cachexie des montagnes), par PERRONCITO (*Centralbl. f. d. med. Wissenschaft, n°* 24, 1881).

VI. — Considérations sur le lucilia hominivorax, par PRIMA (*Thèse de Paris*, 1881).

VII. — De l'ainhum, par E. ROCHEFORT (*Gaz. hebd., n°* 48, 1881).

VIII. — Note sur une maladie encore mal définie observée à l'île Maurice en 1878-79, par PELLEREAU (*Arch. de méd. nav., n°* 4, 1881).

IX. — Acute anœmic Dropsy ; an epidemic disease recently observed in Mauritius and India (Hydropisie anémique, etc.), par Andrew DAVIDSON (*Edinb. med. journ., p.* 116, *août* 1881).

X. — Étude sur la dengue, par KARSSEN (*Arch. de méd. nav., n°* 8, 1881).

XI. — Recherches chimiques sur la fièvre jaune qui a régné à Saint-Pierre en 1880-1881, par DECOREIS (*Arch. de méd. nav., n°* 9, 1881).

XII. — Le béribéri ou le kakké du Japon, par DUANE B. SIMMONS, traduit par LEGOUEST (*Arch. de méd. nav., n°* 4, 1881).

I. — Au mois de juin 1880, la suette miliaire apparut aux Allards, village de l'île d'Oléron ; après s'y être cantonnée pendant un mois, elle prit son

essor au début de juillet et se répandit sur l'île à la façon d'ondes partant des Allards, et s'élargissant de plus en plus. Au commencement d'août elle s'arrêta pour ainsi dire du jour au lendemain. — Mille personnes avaient été atteintes ; 142 étaient décédées.

La physionomie générale de la maladie a été en quelque sorte classique.

Le traitement généralement adopté fut l'ipéca au début, les toniques dans la suite. Les affusions froides ont donné d'heureux résultats à Maisonneuve chez les malades dont la température dépassait 42°

Pour M. Ardouin, la suette miliaire est un typhus sudoral, produit par un miasme animal ; dans l'espèce, ce miasme se serait élaboré aux Allards, village malpropre, environné de mares croupissantes, de fosses infectes, dépourvu d'eau potable, etc... « Ce miasme serait reproduit par les organismes malades, et diffusé dans l'atmosphère ; il en résulterait que la suette est à la fois épidémique et contagieuse par infection » !

Quelle que soit l'opinion que l'on professe sur la nature de la suette, il faut reconnaître que cette épidémie de l'île d'Oléron est destinée, par sa gravité, à faire époque, à relier le présent au passé des terribles suettes anglaises du xve et du xive siècle, et a être mise sur le même plan que la suette de Rattingen de 1801. — Du reste la suette, cette maladie si insignifiante, si bénigne d'autrefois, semble accentuer depuis quelque temps sa gravité. Il est bon de noter cette transformation et c'est pourquoi nous joignons à l'analyse qui précède la traduction d'un passage des *Archives de l'hygiène publique d'Alsace-Lorraine* (t. vi, 1881, p. 158).

« La suette miliaire fit une apparition épidémique très dangereuse dans la petite commune élevée et pauvre en eau de Singrist (canton de Marmoutiers). Quatre décès se succédèrent rapidement chez de jeunes femmes, d'une trentaine d'années, habitant les unes près des autres. Le médecin avait pu constater la réalité de la suette, avec ses transpirations profuses, ses crises d'anxiété et autres phénomènes nerveux sans processus local évident. Une cinquième femme tomba malade, mais l'atteinte était moins grave et en une huitaine de jours elle était hors de danger. Le docteur Steinbrenner pense qu'il s'agit d'une suette miliaire pernicieuse, affection rare, mais très dangereuse, souvent épidémique, heureusement confinée en des foyers très limités.» C. Z.

II. — Virchow rencontra à Lisbonne 19 lépreux (dont 5 femmes) à l'hôpital San-Lasaro, autrefois léproserie, actuellement hôpital général. Les lépreux sont séparés des autres malades, mais sans emploi de moyens coercitifs la forme de la maladie répond absolument à ce que l'on peut voir en Norvège ou en Orient, sauf que les lésions déformantes et mutilantes des extrémités sont infiniment plus fréquentes (8 fois sur les 19 cas). Les formes tuberculeuses montraient moins de tendance à l'ulcération : cependant souvent les pertes de substance sont énormes : perte du nez, kératite, etc. La forme léontine pure (avec affection tuberculeuse de la langue) n'était représentée que par un seul cas. Chez un malade, les tubercules lépreux s'étaient guéris par cicatrisation centrale, à la façon du lupus. Chez un autre, il y avait eu une véritable résorption. Au point de vue de l'origine de la maladie, la moitié provenait de l'Estramadure ; la province de Beira vient en seconde ligne.

Plus tard, l'auteur rencontra encore une petite division de lépreux à Coïmbre, mais il n'ajoute aucun détail.

A Cadix, il ne vit qu'un lépreux isolé, tandis qu'il en trouva toute une collection dans l'hôpital d'Isabelle-la-Catholique. La plupart de ces malades provenaient des provinces côtières de l'Espagne. En somme, on ne connaît qu'imparfaitement la dissémination du mal, et Virchow exprime le désir « que les gouvernements des États ibériques accordent une protection plus effective à la recherche de la dissémination et de la prophylaxie de cette affreuse maladie.» C. Z.

III. — Aux parages orientaux du Peloponèse, à une petite distance de l'Argolide, se trouvent situées les îles de Spetza et d'Hydra. On rencontre dans ces îles, sous le nom le plus commun de *ponos* (douleur), une maladie pyrétique de marche chronique, accompagnée presque constamment de tuméfaction de la rate, et présentant bien des symptômes semblables à ceux de la pseudo-leucémie et de la tuberculose, quelquefois même les phénomènes de la tuberculose confirmée.»

Les médecins grecs sont très divisés d'opinions, au sujet de cette endémie : les uns en font une pseudo-leucémie, les autres une manifestation de l'impaludisme, d'autres encore, une maladie spécifique de cause inconnue.

Le ponos est en somme une affection rare (30 à 40 cas annuels sur plus de 150,000 habitants !) indépendante des influences saisonnières ou des qualités du sol. Les conditions hygiéniques des deux îles en question ne sont pas mauvaises. Les parents sont généralement tuberculeux : quelques-uns ont eu le ponos dans leur enfance.

La maladie débute souvent brusquement, en pleine santé, d'ordinaire à la fin de la première année. L'enfant devient pâle, d'un teint couleur jaune paille considéré comme caractéristique ; abattement, odeur fétide de l'urine, fièvre coïncidant avec la dentition. — Le médecin appelé constate une tuméfaction notable de la rate avec accès fébriles plus ou moins réguliers. Appétit conservé, digestions pénibles, constipation, météorisme. En évitant alors le lait d'une mère en général cachectique ou phtisique, en livrant l'enfant à une nourrice, on obtient ordinairement la guérison.

Pourtant d'ordinaire, la maladie s'aggrave, la fièvre prend le type rémittent, oscillant entre 39° et 40°. Le manque de recherches thermométriques a empêché de fixer jusqu'ici les types pyrétiques de la maladie.

En même temps, on constate du catarrhe bronchique, de la bronchite diffuse ou de la broncho-pneumonie, quelquefois des phénomènes de tuberculose, notamment de la méningite ou de la péritonite.

La rate atteint un volume énorme : il se produit de la cyanose, de l'œdème des extrémités, de la face, et des hémorragies générales, des gangrènes, des furoncles, etc., tous symptômes qui caractérisent l'état de cachexie irrémédiable dans lequel est tombé le petit malade.

Le ponos peut durer de deux mois jusqu'à un ou deux ans.

Une autopsie faite par Cornil de pièces provenant d'un enfant de 7 ans, fournit des résultats entièrement négatifs et excluant en même temps la pseudo-leucémie, la malaria et la tuberculose.

C'est cependant cette dernière opinion qui a rallié le plus grand nombre de médecins dans le pays même. Nous qui jugeons à distance et d'après cette description, nous ne voyons dans le ponos qu'une combi-

naison de cachexie palustre et de tuberculose, combinaison qui n'est pas inconnue en Algérie généralement chez les enfants indigènes.

Mais Stephanos est « amené à se demander si le ponos ne dépend pas d'une cause infectieuse et parasitaire. Bien des considérations portent vers cette idée :

1° Le fait que les circonstances étiologiques communes sont impuissantes à engendrer la maladie ailleurs que chez les individus provenant des deux îles ;

2° Cette donnée générale de l'expérience que la plupart des maladies endémiques bien localisées relèvent des parasites ou de l'infection.

3° Le fait que la maladie s'observe dans les deux îles chez des personnes placées dans des conditions bien différentes, laissant difficilement supposer un groupe de conditions étiologiques propres exclusivement aux îles indiquées. Ainsi le mal s'observe, quoique avec une fréquence différente chez les pauvres et chez les riches, dans des maisons grandes exposées au soleil, bien aérées et non humides, et dans les maisons malsaines. Les îles ont d'ailleurs une constitution géologique différente.

IV. — Des conclusions de ce travail, appuyées sur une sorte d'enquête, il résulte que le ver de Guinée est devenu très rare depuis la cessation de la traite ; néanmoins il existe dans la province de Bahia une localité où la filaire de Médine est endémique. C'est à l'époque des premières pluies, après la saison sèche, que le ver de Guinée s'y rencontre dans les marais. L'usage de ces eaux en boisson permet au parasite de s'introduire dans l'organisme.

Quant à l'origine du dragonneau au Brésil, on ne connaît jusqu'ici aucun fait ou document qui exclue la possibilité de son existence à une époque antérieure à la traite. C. Z.

V. — L'auteur a démontré, l'an dernier, que l'anémie épidémique des ouvriers du Saint-Gothard était due à la présence de certains helminthes intestinaux : le dochmius duodenalis, l'anguillula intestinalis et le pseudorhabditis stercoralis. L'analogie des accidents observés au Saint-Gothard et de ceux qu'on a décrits sous le nom de cachexie ou mal des montagnes, conduit à supposer que cette dernière maladie peut avoir la même origine que la première. Quelques faits observés dans les montagnes de la Sardaigne semblent confirmer cette hypothèse, en ce sens, du moins, que les mesures hygiéniques conseillées par Perroncito auraient fait disparaître le mal.

Les faits observés en Hongrie, dans les mines de Schemnitz et Kremnitz, ont plus de valeur. Schillinger a reconnu la présence des parasites dans les déjections des malades et il a déterminé avec Töth les trois espèces du Saint-Gothard.

Les mesures à prendre sont l'observation des règles d'hygiène faciles à suivre et l'usage de l'extrait de fougère mâle à haute dose et de l'acide thymique. G. HOMOLLE.

VI. — L'intérêt de la thèse de Prima réside entièrement dans des observations très complètes, recueillies par lui ou par ses confrères, à la Guyane française où, paraît-il, la mouche est très fréquente. Ces observations confirment le fait de la gravité de l'affection malgré les moyens thérapeutiques très actifs que nous possédons, la difficulté du diagnostic dans certains cas, les particularités du développement des larves et des lucilies.

Nous remarquons (p. 21) l'exposé d'une théorie très originale due à Maréchal et qui nous paraît bien expliquer les divergences des observateurs.

« La lucilia hominivorax ne mérite pas son nom. Je m'explique : la mouche décrite par Coquerel ne se rencontre pas seule dans les fosses nasales. Je puis affirmer que j'ai trouvé aussi souvent des espèces voisines que la lucilia elle-même, et j'ai fait métamorphoser plusieurs douzaines de larves recueillies à Cayenne, à Komon, à Maroni, toutes les espèces de mouches carnivores (et Dieu sait, si elles sont nombreuses à la Guyane !) qui déposent leurs larves dans les fosses nasales. »

Ce fait mérite d'être confirmé. C. Z.

VII. — Cet article constitue un excellent résumé de la question de l'ainhum (voir *R. S. M.*, XVII, 118 et 120). On y voit que la maladie est bien plus répandue qu'on ne le croit généralement : on l'a observée en effet au Brésil sur des noirs d'Afrique, à Buénos-Ayres sur un nègre de la Réunion, à Nossi-Bé sur un métis de Malgache et de Cafre, au Sénégal sur un noir Acolof. On sait en outre que Collas a observé l'affection sur des Indous, mais il ne nous en a donné aucune observation. Les observations de Collas sont d'ailleurs jusqu'à un certain point contestables, attendu qu'elles démontreraient du même coup que la maladie peut être observée en dehors de la race nègre et en dehors du pied, et de plus être congénitale, ce qui est contradictoire avec ce que nous avons appris jusqu'à présent.

« Nous ne connaissons ni l'étiologie, ni la nature de l'ainhum, mais ce n'est pas une raison de le confondre avec les autres processus de mutilations spontanées sous prétexte que le résultat est le même.

Pour moi, jusqu'à preuve du contraire, je croirai que l'ainhum est une affection indépendante, étroitement localisée aux orteils et peut-être aux doigts, liée si l'on veut à quelque trouble de l'innervation trophique que nous ne connaissons pas, mais aussi distincte de la lèpre que peut l'être le mal perforant sur la nature intime duquel après bien des efforts, nous ne sommes pas plus éclairés. » C. Z.

VIII. — L'île Maurice était autrefois réputée pour la douceur et la salubrité de son climat; depuis une vingtaine d'années, par suite d'un déboisement inintelligent, de l'incurie des colons et du gouvernement, de l'augmentation de la population, il n'en est plus de même, et depuis 1866, les fièvres telluriques y apparaissent sous forme épidémique.

Dans ces conditions et après un été très chaud et pluvieux, une épidémie éclata à la fin de 1878 et dura jusque vers le milieu de 1879. On peut ainsi en résumer les symptômes : frissons, avec catarrhe gastro-intestinal intense, apparition d'une éruption accompagnée ou suivie d'œdème.

Pellereau, après avoir écarté le beribéri, est tenté de regarder cette épidémie comme une des manifestations si multiples de la malaria, s'appuyant sur : 1° la fièvre à type quotidien précédant l'œdème et s'accompagnant des troubles gastriques communs aux fièvres paludéennes; 2° la périodicité de l'œdème, prévenue par le sulfate de quinine; 3° le cycle thermométrique pareil à celui de l'intoxication palustre ; 4° l'altération du sang semblable à celle de l'impadulisme; 5° l'hypertrophie de la rate; 6° le succès du sulfate de quinine dans la majorité des cas.

Cette nouvelle forme de la malaria serait à rapprocher de l'anémie pernicieuse, et des lymphangites pernicieuses de Rio-de-Janeiro que Claudio da Sylva rattache à l'impadulisme. C Z.

IX. — L'épidémie dont il s'agit paraît être la même que celle qui a été vue par Pellereau, elle fit son apparition à l'île Maurice à la fin de 1878 : elle atteignit son maximum au mois de février 1879, et ne cessa qu'en juillet, frappant de 80,000 à 100,000 âmes, le quart de la population de l'île : la mortalité fut relativement faible, 729 personnes environ pour l'année 1879. En même temps, elle sévissait aux Indes, ainsi qu'il ressort des rapports officiels du Dr Mac Leod.

Les symptômes étaient les suivants : œdème des membres inférieurs, s'étendant fréquemment au tronc et aux membres supérieurs, rarement à la face : assez souvent l'hydropisie envahissait les cavités séreuses. Elle était précédée de diarrhée et de vomissements, de douleurs épigastriques ou abdominales, et s'accompagnait d'une fièvre légère. Chez un certain nombre de malades, il existait une éruption cutanée d'apparence morbilliforme, qui, dans les cas graves, se compliquait de taches purpuriques et de bulles phlycténoïdes. La maladie, soudaine dans ses débuts, devenait bientôt chronique, durait de trois à six semaines, et l'œdème des jambes persistait souvent après la convalescence. La plupart des malades étaient des Indiens anémiques ; leur sang était pâle, avec diminution marquée des hématies et accroissement des leucocytes et des granulations pigmentaires. Malgré la constance de l'anasarque, l'urine était rarement albumineuse, et c'est à peine si chez quelques malades, l'acide nitrique révélait une légère opalescence.

Dans les rares autopsies qui ont été faites, on a trouvé tous les organes imprégnés d'une suffusion séreuse, pâles et exsangues. Le foie était ordinairement augmenté de volume, parfois graisseux; mais en somme, aucune lésion constante ne s'est rencontrée.

Au point de vue étiologique, il faut noter une singulière prédisposition de races, la maladie s'attaquant presque exclusivement aux Indiens vivant en groupes, et travaillant de préférence aux cannes à sucre. Il est vraisemblable que les conditions défectueuses de nourriture de ces populations, qui vivent de riz et de poisson salé, contribuent à débiliter la race : les adultes en effet sont surtout malades, les enfants à la mamelle ne sont pas atteints. Il ne parait pas qu'il y ait aucun rapport entre cette affection et la malaria. Son début brusque, l'éruption qui l'accompagne, excluent l'idée d'une manifestation palustre. La maladie était certainement épidémique et probablement contagieuse. La mortalité s'éleva à 3 pour 100 dans le mois le plus chargé de malades.

L'auteur rapproche cette affection du beribéri, où existent en même temps des hydropisies et de l'anémie, mais ces deux maladies diffèrent par d'importants caractères, notamment par l'absence de la paralysie qui est un symptôme fréquent du beribéri, et par la présence d'une éruption cutanée qui manque dans cette dernière pyrexie. Il considère l'épidémie de l'île Maurice comme une affection spéciale non encore décrite. H. R.

X. — Le travail débute par la description des épidémies de dengue, qui ont sévi en 1872 et 1873 dans les colonies hollandaises ; la maladie s'y est montrée telle que nous l'ont décrite nos confrères de la marine.

Karssen, contrairement à l'opinion de ses collègues de la marine hol-

landaise, admet la contagiosité de la dengue, qu'il regarde comme « une fièvre éruptive, contagieuse, spécifique de la même famille que la rougeole, la scarlatine et la variole. Toutefois l'uniformité de l'expression exanthématique fait défaut dans la dengue. » C'est à très peu près la théorie soutenue dans les écrits des médecins de la marine française et particulièrement dans la thèse de Morice (Paris, 1873). C. Z.

XI. — A l'autopsie, on a trouvé de 0,85 à 0,97 pour 1,000 d'urée dans le cerveau, et 12 à 13 grammes pour 100 de graisse dans le muscle cardiaque, qui contenait également de l'urée.

Dans le sang des malades, les matières grasses et extractives sont augmentées, les globules et la fibrine ont diminué; les hématies sont déformées.

L'acidité des urines est plus grande qu'à l'état normal, et semble augmenter à mesure que l'urine diminue, mais elle est indépendante de l'état des malades. L'urée diminue considérablement, et la quantité éliminée marche en raison inverse du progrès du mal. L'uroxanthine de Heller augmente proportionnellement à l'aggravation de la maladie. L'époque à laquelle apparaît l'albumine dépend beaucoup de la gravité du mal.

XII. — Nous sommes loin du temps où le beribéri était confiné dans le golfe du Bengale, et le Dr Simmons établit que le kakké du Japon n'est autre que le beribéri. Il l'a observé dans les ports de mer de l'est et du sud, et fait remarquer que cette orientation dans la distribution géographique de la maladie n'est pas seulement propre au Japon, car dans les continents, les côtes orientales seules sont envahies. La Chine seule fait exception; cette exception n'est peut-être qu'apparente, les maladies propres aux pays n'étant pas connues des Européens; du reste l'auteur n'a vu qu'au bout de six ans de séjour à Yokohama, son premier cas de beribéri, bien qu'il soit endémique dans cette ville.

Le béribéri se montre au Japon avec son cortège symptomatique habituel et ses deux grandes formes; la forme sèche et la forme humide. L'auteur a rarement vu la forme foudroyante, observée par François à la Guyane.

Le point le plus controversé de l'étude du béribéri est son étiologie; tandis que Bernhardt en fait du rhumatisme, Laboulbène une téphro myélite aiguë parenchymateuse, Schutte une anémie pernicieuse, Van Leent un scorbut par vice de diète animale, Simmons le rapporte à un miasme exhalé par le sol. A l'appui de son opinion, il n'apporte point de faits nouveaux, et quelques-unes de ses remarques pourraient être invoquées contre sa théorie, par exemple : « Les étrangers natifs d'Europe jouissent d'une immunité absolue. Le beribéri ne se montre que sur des sujets âgés de 20 à 30 ans. Peu de femmes en sont atteintes, sauf pendant la grossesse et peu de temps après les couches. Le riz même de la meilleure qualité est mal supporté par les malades; la substitution au riz d'aliments plus grossiers, comme l'orge et les fèves, est un moyen de traitement important. »

Simmons n'a fait que deux autopsies, qui ne jettent pas grand jour sur l'anatomie pathologique du beribéri.

Comme traitement, il insiste avant tout sur le déplacement; puis, dans la période aiguë, il recommande les cathartiques et les diurétiques; les troubles nerveux sont justiciables des moyens ordinaires. C. Z.

I. — **Le diabète gras et le diabète maigre, par LANCEREAUX** (*Union médicale*, 31 *janvier*-7 *février* 1880).

II. — **Sur le diabète maigre, par LAPIERRE** (*Thèse de Paris*, 1879).

III. — **Étude sur le diabète sucré chez les enfants, par H. LEROUX** (*Thèse de Paris*, 1881).

IV. — **Zur Symptomologie des Diabetes mellitus, par LUCHSINGER** (*Archiv für die gesammte Physiol.*, *p.* 302, 1880).

V. — **Morbus maculosus Werlhofii mit nachfolgem dem Diabetes mellitus, par SEIFERT** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 17, 1881).

VI. — **Un cas d'iritis diabétique, par ULMANN** (*France médicale*, *n°* 44, 1881).

VII. — **Des névralgies symétriques dans le diabète, par WORMS** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 2e *série*, *t. IV*, *n°* 39).

VIII. — **Asthma und Diabetes mellitus, par LEYDEN** (*Zeitschrift für klin. Med.*, *t. III*, *p.* 358).

IX. — **De l'état mental chez certains diabétiques, par DE LOS SANTOS** (*Thèse de Paris*, 1878).

X. — **Un nouveau cas de mort rapide chez un diabétique, avec phénomènes acétonémiques, par KIEN** (*Gaz. méd. de Strasbourg*, *n°* 3, 1880).

XI. — **Ein Fall von coma diabeticum. Ein Fall von sogenannten Acetonämie (Observations de coma diabétique, et de soi-disant acétonémie), par R. von JACKSCH** (*Prager med. Wochensch.*, *n°s* 20 *et* 21).

XII. — **Ueber diabetisches Koma (Du coma diabétique), par von BUHL** (*Zeitsch. f. Biol.*, *Band XVI*, *Heft* 4).

XIII. — **Ueber coma diabeticum, par QUINCKE** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 1, 1880).

XIV. — **Ueber Lipæmie bei Diabetes mellitus, par HERTZ** (*Artzl. Verein in Hamburg*, *février* 1881, *et Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, 1881).

XV. — **Lipœmia and fat Embolism in Diabetes mellitus (Lipémie et embolies graisseuses dans le diabète), par STARR** (*New York med. Rec.*, 1er *mai* 1880).

XVI. — **Des principales complications du diabète, par M. GRELLETY** (*Broch. Lyon*, 1880).

XVII. — **Diabetes mellitus mit Typhus abdominalis, par SEIFERT** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 39, 1881).

XVIII. — **On the cause of the non precipitation of oxide of copper in testing certain cases of diabetic urine (Sur la cause de l'absence de précipité d'oxydule de cuivre avec la liqueur de Fehling dans certains cas de diabète), par LAUDER BRUNTON** (*St-Bartholomew's hosp. Rep.*, *XVI*, *p.* 235, 1880).

XIX. — **A modified method of quantitatively estimating diabetic sugar by Fehling's volumetric solution and a description of a new urine-meter (Nouvelle méthode de dosage du sucre à l'aide de la liqueur de Fehling et description d'un nouvel urinimètre), par BERTOLACCI** (*St-George's hosp. Rep.*, *X*, *p.* 643, 1880).

XX. — **Étude critique sur quelques travaux récents concernant l'anatomie pathologique du diabète, par CYR** (*Broch.*, *Paris*, 1880).

XXI. — Ueber einen Fall von Diabetes mellitus (Sur un cas de diabète avec lésion du pancréas), par RUEHLE (*Société bas-rhénane des sciences naturelles et médicales de Bonn, 17 février* 1879. — *Berlin. klin. Wochenschr.*, *n°* 41, *p.* 618, 13 *octobre* 1879).

XXII. — Diabète maigre. Altération du pancréas, par NOTTA (*Union médicale, n°* 25, 1881).

XXIII. — Diabetes mellitus bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks, insbesondere der Rautengrube (Diabète sucré avec sclérose multiple du cerveau et de la moelle, spécialement du plancher du 4e ventricule), par WEICHSELBAUM (*Wien. med. Woch.*, *n°* 32, 1881).

XXIV. — Des nécroses des épithéliums glandulaires dans le diabète sucré, avec considérations sur le coma diabétique, par EBSTEIN (*Deut. Archiv für klin. Medicin.*, *Band XXVIII, Heft* 2 *et* 3, *p.* 143, 1881).

XXV. — Beobachtungen ueber die Einwirkungqualitative verschiedener Kost, sowie ueber den Einfluss der Verdauung und die Resorption von Fett im Diabetes (Observations relatives à l'influence qu'exerce la qualité des aliments, la digestion et la résorption des graisses sur le diabète), par le Dr L. BLOCK (*Deut. Archiv für klin. Medicin.*, *Band XXV, Heft* 4 *et* 5, *p.* 470, 1880).

XXVI. — Die Muskeln eine Quelle, Muskelbarkeit ein Heilmittel des Diabetes mellitus (Les muscles une source, l'activité musculaire un agent thérapeutique du diabète sucré), par ZIMMER (*Carlsbad*, 1880).

XXVII. — Beiträge zur Lehre des künstlichen Diabetes (Contribution au diabtèe artificiel), par KÜLZ (*Pflüger's Archiv, XXIV, p.* 97).

XXVIII. — Ueber den Einfluss des Ammoniak auf die Ausscheidung des Zuckers bei Diabetes (Influence de l'ammoniaque sur l'excrétion du sucre chez les diabétiques), par A. ADAMKIEWICZ (*Zeitschr. für klin. Med.*, *t. II, p.* 195, 1880).

XXIX. — Ein therapeutischer Versuch über die Anwendung des Pilocarpin bei Diabetes (Essai thérapeutique sur la pilocarpine dans le diabète), par HOFFER (*Wien. med. Woch.*, *n°* 36, 1880).

XXX. — Ueber den Einfluss des Chloralhydrats auf gewisse Experimentelle zu erzeugende Diabetesformen (Influence de l'hydrate de chloral sur quelques formes expérimentales du diabète), par F. ECKARD (*Arch. für exp. Path. und Pharmak.*, *Band XII, Heft* 4, 1880).

XXXI. — Ueber Natron salicylicum bei Diabetes mellitus, par PETERS (*Thèse de Kiel*, 1880).

XXXII. — Zur Behandlung des Diabetes mellitus mit salycilsauren Natron (Traitement du diabète par le salicylate de soude), par KAMEN (*Prag. med. Woch.*, *n°* 3, 1880).

XXXIII. — Ueber diabetes, par HOLTZ (*Petersburger med. Woch.*, *n°* 3, 1880).

XXXIV. — Diebete mellito curato colla dieta carnea e con l'acido lattico (Diabète sucré guéri par la diète carnée et l'acide lactique), par PERA (*Lo Sperimentale, mars* 1879).

XXXV. — Notes à propos de quelques observations de polyurie chronique, par PAIN (*Thèse de Paris*, 1879).

XXXVI. — A case of Diabetes insipidus, par RUSSELL (*Med. Times, octobre* 1880).

I. — L'auteur rapporte 4 observations de malades atteints de diabète, chez lesquels les symptômes ont évolué de la manière suivante. Des adultes, jouissant jusqu'alors d'une santé parfaite, s'aperçoivent tout à coup que leurs urines sont très abondantes, qu'ils boivent et mangent d'une manière excessive : en même temps, ils maigrissent, les cheveux tombent, les dents se carient, les forces physiques décroissent, la puissance génitale diminue, l'intelligence baisse. Les urines contiennent de 70 à 80 grammes de sucre par litre, ce qui équivaut à une déperdition de 500 à 1,000 grammes par jour.

Dans deux de ces cas, l'autopsie a montré que le pancréas était le siège d'une atrophie, simple chez un des malades, causée chez l'autre par des calculs remplissant les canaux de la glande.

De ces résultats de la clinique, l'auteur rapproche les données expérimentales. Bouchardat a prouvé que l'atrophie du pancréas, chez le chien, amène un amaigrissement et un dépérissement considérables, coïncidant avec la polyphagie et la polydipsie.

Le diabète sucré n'est pas une maladie univoque, mais un véritable complexus pathologique ; c'est ce que prouve évidemment la comparaison des deux formes de l'affection, le diabète gras et le diabète maigre.

Dans le premier cas, le début est insidieux ; peu à peu on voit paraître un embonpoint assez marqué avec polyurie et polydipsie progressives ; la glycosurie est souvent intermittente ; la polyphagie ne se montre que tardivement. Les forces physiques et intellectuelles ne diminuent que faiblement, et la marche irrégulière du diabète gras est compatible avec une existence assez longue ; un diabétique peut vivre 10, 20, 30 ans et plus. La mort peut être amenée par une lésion matérielle, anthrax, gangrène, par une complication, pneumonie, hématémèse, ou survenir subitement sans cause appréciable.

Nous avons déjà indiqué la marche du diabète maigre. Si l'on compare les lésions anatomiques constatées dans les deux formes cliniques, on voit que, dans le diabète gras, on trouve un certain nombre de désordres matériels, mais ces lésions sont inconstantes, contradictoires, la maladie n'a pas d'altération déterminée. Dans le diabète maigre, au contraire, il existe une altération toujours semblable et localisée à un même organe ; c'est l'atrophie plus ou moins complète du pancréas.

Les deux diabètes forment donc deux maladies distinctes. Le pronostic relativement bénin dans le diabète gras est grave et à courte échéance dans le diabète maigre.

Poursuivant la comparaison de ces deux formes, l'auteur montre que le diabète gras présente avec la goutte une étroite connexité, ainsi qu'avec la gravelle urique ; que le diabète gras est essentiellement héréditaire. Le diabète maigre ne présente rien de semblable. Les malades, dans leurs antécédents, n'ont accusé ni goutte, ni gravelle, ni hérédité.

En somme, le diabète gras est une maladie de nutrition, le diabète maigre une maladie de digestion. H.L.

II. — Dans cette thèse, inspirée par M. Lancereaux, l'auteur étudie

une forme particulière de diabète sucré, liée aux altérations du pancréas. Il rappelle d'abord que les relations du diabète avec les lésions de cette glande ont été bien mises en lumière par Bouchardat en France, par Seegen en Allemagne.

Les altérations du pancréas trouvées à l'autopsie, sont en général des lésions d'atrophie, que le processus soit primitif ou secondaire; l'auteur en rapporte 15 observations détaillées.

Dans 6 cas, il s'agissait d'une atrophie simple de l'organe tantôt générale, tantôt ne portant que sur une de ses parties; il peut être réduit à une membrane lâche contenant les gros troncs vasculaires. Le canal pancréatique peut rester perméable, être amoindri ou obturé. Le pancréas peut avoir subi la dégénérescence graisseuse; mais le plus souvent c'est l'altération de la trame conjonctive qui domine, il y a une véritable sclérose.

Dans 6 cas, l'atrophie est consécutive à l'oblitération du canal pancréatique par des calculs; la glande garde sa forme et présente des renflements kystiques de volume variable; autour de ces kystes sphériques, le parenchyme est atrophié; il n'y a plus qu'une enveloppe fibreuse, rigide, épaisse. Le liquide inclus est blanchâtre ou verdâtre, visqueux. Le canal pancréatique est le plus souvent dilaté : sa face interne est lisse.

Les calculs sont parfois très nombreux, en général gros comme des pois, rugueux, blancs, légers et cassants, composés de carbonate de chaux. Ils siègent surtout dans le conduit principal. Autour des canaux dilatés, le tissu glandulaire est atrophié, induré. On doit admettre que la dilatation sacciforme des canaux précède la dilatation kystique.

Dans 3 cas, le pancréas présentait des lésions diverses. Chez 2 malades il s'agissait de cancer de la tête du pancréas; chez le troisième, d'un abcès siégeant au même point. Dans ces 3 observations, le canal de Wirsung était comprimé.

Comme lésions secondaires, on a signalé la pneumonie caséeuse, l'hypertrophie des muqueuses gastrique et intestinale, la dilatation des voies biliaires.

Dans l'étude des symptômes, l'auteur insiste sur la brusquerie du début, sur certains troubles intestinaux qui ont ouvert la scène, vomissements, diarrhée, ictère, etc.

La polydipsie est en général le premier symptôme; elle persiste jusqu'au dernier jour. La polyphagie vient en même temps ou au moins suit de près la polydipsie : elle est moins constante, plus irrégulière. Les évacuations alvines sont le plus souvent diarrhéiques; dans quatre cas, elles étaient recouvertes d'une couche épaisse de matières grasses.

La polyurie s'établit rapidement 8 à 10 litres par jour. L'urine de réaction acide, de densité 1030, contient de 300 à 1000 grammes de sucre; dans quelques cas, il y avait azoturie.

Le diabétique entre d'emblée dans une phase d'amaigrissement rapide. Dans la moitié des cas, les poumons présentent des signes de pneumonie caséeuse ou de tuberculose.

La durée du diabète maigre a varié entre 6 mois et 3 ans.

L'existence du diabète se reconnaît en général assez facilement; mais il est d'une grande importance de faire le diagnostic différentiel entre

le diabète gras et le diabète maigre, car le pronostic bénin dans le premier cas est très grave dans le second. H. L.

III. — Le diabète sucré est très rare dans l'enfance. Le maximum de fréquence correspond à 11, 12 et 14 ans. Les enfants des deux sexes sont atteints à peu près en égale proportion. L'hérédité joue un rôle considérable dans le développement de la maladie.

Les symptômes ne présentent rien de particulier chez les enfants. Il n'est pas rare que le diabète s'accuse dès l'abord et d'une façon soudaine par un ensemble de symptômes caractéristiques : polydipsie, polyurie, polyphagie, autophagie, avec des troubles digestifs fréquents. La marche des accidents est, d'une manière générale, beaucoup plus rapide que chez l'adulte. Jamais on n'observe la période du diabète gras; la maladie affecte d'emblée la forme du diabète maigre. Dans la majorité des cas terminés par la guérison, la durée a été courte; la guérison peut cependant survenir dans des cas graves, intenses et prolongés. La guérison est l'exception, encore doit-on toujours craindre des récidives plus ou moins éloignées.

La mort est la terminaison habituelle; elle est rarement la conséquence de la phtisie; les accidents cérébraux ne sont pas très rares; enfin, dans quelques cas, on voit se produire les phénomènes qu'on a désignés sous le nom d'acétonémie et qui se rattachent peut-être simplement à l'urémie (dyspnée, agitation, coma, auxquels s'ajoutent fréquemment des douleurs à l'épigastre, des troubles digestifs, nausées, vomissements, etc.).

L'auteur a joint à sa thèse la relation de soixante-six observations empruntées à divers auteurs et de quatre faits personnels.

Le premier malade a 14 ans; les premiers symptômes remontent à sept semaines : le début a été brusquement marqué par la soif et la sécheresse de la langue; l'amaigrissement a été rapide. La peau est sèche. La salive est acide; il y a du muguet pendant quelques jours. La constipation est très opiniâtre. La quantité d'urine s'élève jusqu'à 9 litres; elle est habituellement de 4 litres environ. Une crise d'acétonémie avec odeur chloroformique de l'haleine éclate pendant le séjour à l'hôpital. L'enfant prend une pleurésie, et, à la sortie, on constate des signes de tuberculose pulmonaire. Mort subite, à la campagne, un peu plus de sept mois après le début des accidents.

Le second est également âgé de 14 ans. Début, trois mois avant l'admission à l'hôpital, par la polydipsie avec polyurie et la polyphagie. Constipation habituelle. Muguet confluent, peu de temps après l'entrée dans les salles. La quantité d'urine varie de quatre à six litres, renfermant de 215 à 492 et 528 grammes de sucre par jour. Onyxis sousunguéal à plusieurs doigts; chute des ongles. Éruptions cutanées à caractère psoriasique. Balano-posthite. Dix mois après le début, crises douloureuses à l'épigastre avec vomissements répétés, défaillances; le lendemain, nouvelle crise, suivie de délire et d'agitation; enfin, état semi-comateux, refroidissement, cyanose : 148 pouls, t. 37°, 2. Suppression d'urine. L'haleine n'a pas d'odeur spéciale. Respiration pénible. Mort quarante-quatre heures après le début de la seconde crise de douleurs épigastriques.

A l'autopsie, les lésions les plus intéressantes sont les suivantes : reins volumineux ; dégénérescence épithéliale assez avancée de la néphrite

parenchymateuse, la trame conjonctive est saine. Le pancréas ne présente pas de sclérose, mais l'épithélium glandulaire est détruit.

Obs III. Garçon de 18 ans : affaiblissement et amaigrissement excessifs et très rapides. Amélioration.

Obs. IV. Enfant de 12 ans. La maladie paraît n'avoir duré qu'un mois. Quatre litres d'urine avec 320 grammes de sucre; dans une autre analyse, 420 grammes de sucre et 24 grammes d'urée dans l'urine des 24 heures. *A l'autopsie*, quelques noyaux caséeux et un grand foyer d'apoplexie pulmonaire; un foyer pneumonique. Le pancréas paraît être un peu diminué de volume. G. HOMOLLE.

IV. — L'auteur plonge des grenouilles dans une solution à 10 ou 15 0/0 de sucre qu'il change souvent de façon à lui conserver sa neutralité. Le troisième jour, il voit survenir du coma, la respiration prend le rythme de Cheyne-Stokes; mais les réflexes sont conservés ainsi que l'irritabilité musculaire et sensitive. Il suffit de placer les animaux dans l'eau fraîche pour obtenir un prompt rétablissement des fonctions.

Il est donc probable que c'est la déperdition d'eau qui est la cause des symptômes du diabète. L'affaiblissement si rapide dès le début dépendrait du système nerveux central. L. GALLIARD.

V. — Une fille de 10 ans, n'ayant eu jusqu'alors qu'une légère atteinte de diphtérie, est atteinte de purpura hémorrhagica le 27 mai 1880 (taches rouges au coude et au genou, courbature, perte d'appétit, épistaxis). Les ecchymoses ne tardent pas à se montrer à la face, sur les muqueuses et sur tout le corps; l'urine contient du sang. Les jours suivants, nouvelles épistaxis et saignement des gencives. Traitement par le perchlorure de fer à l'intérieur.

Le 9 juin, l'urine redevient claire, densité 1,027 et contient du sucre dans la proportion de 1,7 0/0. Les ecchymoses pâlissent, les hémorragies cessent. L'état général est meilleur.

Le 14 juin, on constate que la quantité de sucre a encore augmenté bien que l'appétit et la soif ne varient pas. Diète sévère.

1er juillet. L'urine n'augmente pas, mais le sucre a diminué. La malade quitte l'hôpital pour y revenir le 6 novembre avec 30 grammes de sucre par litre, elle y séjourne jusqu'en janvier 1881 n'urinant jamais plus de 1100 grammes et excrétant de 15 à 48 grammes de sucre par litre.

L. GALLIARD.

VI. — Un prêtre, âgé de 69 ans, offre tous les signes du diabète sucré et se plaint d'une cystite avec ténesme vésical et urines muco-purulentes. Il éprouve en outre de vives douleurs de l'œil droit, avec photophobie, injection périkératique, rétrécissement de la pupille et hypopyon. Saignées à la tempe et atropine.

Le lendemain, mêmes symptômes encore plus accentués. Les jours suivants, état stationnaire de l'œil, mais aggravation de la cystite, urémie à forme convulsive et mort. L. GALLIARD.

VII. — 1° Il existe une forme spéciale de névralgie propre au diabète. qui présente pour caractère de siéger symétriquement dans les mêmes branches nerveuses ;

2° Jusqu'à présent cette névralgie symétrique a été observée dans les nerfs dentaires inférieurs et sciatiques ;

3° La névralgie diabétique paraît dépasser en douleur les autres névralgies ;

4° Elle ne cède pas au traitement habituel des névralgies (quinine, morphine, bromure, etc.) ; elle s'aggrave et s'atténue parallèlement à la

glycosurie. Une question qu'il serait intéressant d'élucider serait celle de savoir s'il existe, dans le névrilemme ou les centres nerveux, des incrustations de glycose, analogues à celles d'urate de soude que l'on a notées dans la goutte. GASTON DECAISNE.

VIII. — Leyden cite plusieurs faits d'asthme cardiaque survenu dans le cours du diabète sucré et il en rapporte une observation détaillée.

Il s'agissait d'un homme de 26 ans atteint de phtisie pulmonaire qui présenta, les derniers jours de la vie, des accès typiques d'asthme cardiaque. L'autopsie montra une dilatation intéressant surtout le ventricule gauche, avec déformation sphérique de la pointe du cœur. A la face interne de cet organe, on trouvait de nombreux caillots. L'examen microscopique montra une légère dégénérescence graisseuse des fibres musculaires et une prolifération cellulaire assez notable sous le péricarde et le long des vaisseaux artériels. M. DEBOVE.

IX. — On peut observer en même temps que le diabète des troubles variés du système nerveux et en particulier des troubles psychiques pouvant aller jusqu'à l'aliénation mentale. Cette coïncidence peut se trouver réalisée de trois façons différentes : ou bien c'est un diabète survenant chez un aliéné ; ou bien le diabète alterne avec l'aliénation mentale chez le même individu, ou enfin l'aliénation mentale se montre chez des diabétiques, à titre de complication. C'est cette dernière variété que l'auteur étudie spécialement, d'après l'examen des observations de Cotard, Marchal de Calvi, Seegen, Legrand du Saulle.

Au point de vue étiologique, on doit signaler l'influence de l'hérédité; le diabète peut alterner avec l'aliénation mentale tantôt chez les ascendants, tantôt chez les descendants. S.

X. — Il s'agit dans cette observation d'une femme de 34 ans, sœur de charité, diabétique qui, après 24 heures de malaise et d'agitation vague, est prise de dyspnée violente, ne pouvant s'expliquer par aucune altération des organes thoraciques, en même temps que son haleine et son urine exhalent une odeur d'acétone très pénétrante ; au bout d'une douzaine d'heures, la malade tombe dans le coma, les extrémités restent chaudes, sans œdème, conservant ainsi que la face leur teint habituel ; les yeux un peu convulsés en haut et les pupilles serrées. La mort survient 36 heures après le début des accidents. L'autopsie n'a pu être faite. H. THORENS.

XI. — I. Un jeune garçon de 13 ans, soumis à un régime alimentaire presque exclusivement, végétal présenta, pendant trois semaines, les symptômes du diabète (soif et appétit exagérés, polyurie), puis tomba dans le coma et mourut au bout de 4 jours, avec une température de 33°3 C. dans le rectum. L'autopsie fit reconnaître, outre l'amaigrissement général, une atrophie du pancréas, une double pneumonie catarrhale, une colite superficielle et les vestiges d'un typhus antécédent. Le sang, examiné pendant la vie, renfermait des débris de globules rouges, mais pas de gouttelettes graisseuses.

L'urine, fortement chargée de sucre, donnait avec le perchlorure de fer la coloration rouge manifeste de l'acétone et abandonna à l'éther, après qu'elle eût été légèrement acidulée par l'acide acétique, le principe qui donne cette réaction. A la distillation, la réaction disparut complètement.

II. Un jeune garçon de 15 ans, jusque-là bien portant, s'éveilla une nuit en poussant un grand cri, puis fut pris de convulsions avec perte de connaissance. Cet état persistait au bout de deux jours, lorsqu'on amena le sujet à l'hôpital: la face était colorée, les pupilles étaient larges et immobiles, avec léger strabisme convergent de l'œil droit, hyperesthésie générale, raideur du cou,

contracture du masseter; température 38°,6 ; pouls 128; respiration de Cheyne-Stokes, odeur éthérée de l'haleine ; les organes étaient sains d'ailleurs. Un lavement de séné provoqua une selle abondante, il y eut ensuite une émission d'urine et bientôt les symptômes menaçants disparurent, le malade s'endormit et guérit. L'urine ne renfermait ni albumine ni sucre, mais elle donnait avec le perchlorure de fer une coloration rouge foncé ; cette réaction ne se retrouva pas ultérieurement dans l'urine.

Ce fait doit être réuni aux observations d'acétonémie sans diabète de Kaulich et de Cantani. G. HOMOLLE.

XII. — Après avoir rapporté un fait de coma diabétique, chez une jeune femme de 16 ans, avec détails nécroscopiques, Buhl discute la pathogénie de ce syndrome. Pour lui, il est dû à une substance toxique qui n'est pas l'acétone, mais l'éther éthyldiacétique, susceptible de se décomposer lui-même en acétone, alcool, acide carbonique.

Les injections d'éthyldiacétate sodique donnent lieu à des phénomènes analogues à ceux qui caractérisent le coma diabétique et à des lésions intestinales identiques. Buhl a trouvé en effet chez sa malade des altérations du côté de la muqueuse intestinale, de tous points comparables à celles qui se voient dans le choléra. Il fait remarquer, en passant, que, dans cette dernière maladie, le corps exhale une odeur voisine de celle de l'acétone et que la présence de ce composé a été signalée dans les urines des cholériques.

La partie expérimentale de ce travail est due à Tappeiner. L. D.-B.

XIII. — Une fille de 16 ans meurt de coma diabétique, et l'on trouve à l'autopsie de l'épaississement des parois du crâne avec adhérences de la dure-mère et une sclérose diffuse du cerveau.

L'urine de ce sujet a présenté constamment, outre les réactions du sucre, celles de l'éther acétique (coloration rouge en présence d'une solution faible de perchlorure de fer). Ce corps qui donne cette réaction est éliminé dans la proportion de 6 à 8 grammes par jour, mais il diffère de l'éther acétique par l'absence d'odeur caractéristique. Les injections sous-cutanées et intraveineuses d'éther acétique chez les animaux ne produisent pas de phénomènes absolument analogues à ceux du coma diabétique; il y a seulement de l'agitation, de la dyspnée, du collapsus, la glycosurie n'est pas constante; l'éther acétique ne se retrouve pas toujours dans l'urine et n'existe jamais dans l'air expiré. Aussi l'auteur conclut-il que le corps en question n'est pas l'éther acétique, mais bien un membre de la même famille. L. GALLIARD.

XIV. — Une jeune fille de 17 ans, atteinte depuis six mois d'une forme de diabète remarquable par la grande quantité de sucre éliminée et la résistance absolue à la diète carnée, meurt dans le coma.

Le sang examiné quelques semaines avant la terminaison fatale n'avait rien offert d'anormal.

A l'autopsie, on trouve les os du crâne très durs, la substance cérébrale sclérosée presque aussi dure que du cuir, les poumons infiltrés de liquide chocolat, le pancréas atrophié.

Le sang présente une teinte claire qui rappelle celle du chocolat au lait. En le laissant reposer, on voit au-dessous du caillot normal, à la place du sérum, un liquide blanchâtre, laiteux, dans lequel l'analyse chimique et l'examen histologique font reconnaître une émulsion de fines gouttelettes adipeuses. L. GALLIARD.

XV. — Un diabétique de 20 ans est atteint des troubles pulmonaires et meurt après deux jours de coma. Pendant la vie, le sang avait présenté une coloration rouge brique avec un mélange laiteux et au microscope on y avait trouvé des masses granuleuses que l'éther transformait en gouttes adipeuses. En traitant le poumon par l'acide hyperosmique et en pratiquant des coupes, l'auteur constate dans les artérioles et les capillaires une grande quantité d'embolies graisseuses; celles-ci n'existent qu'à un faible degré dans les petits vaisseaux du foie et des veines atteints d'inflammation interstitielle.

Ce fait peut s'ajouter à ceux de Sanders et Hamilton qui considèrent le coma diabétique comme le résultat d'une intoxication carbonique lente, consécutive aux embolies graisseuses du poumon qui proviennent du sang surchargé de graisse. L. GALLIARD.

XVII. — Pavy, Griesinger, Bamberger, Gerhardt ont décrit des cas de fièvre typhoïde chez des diabétiques. De telles observations sont encore peu nombreuses et il faut remarquer que la maladie intercurrente ne présentant que des symptômes cliniques fort incomplets n'était guère diagnostiquée qu'à l'autopsie.

Le cas de Seifert est difficile à interpréter : il n'y a eu ni taches rosées, ni météorisme, ni diarrhée, ni gonflement de la rate; seulement de la fièvre, et, à l'autopsie, de l'hypertrophie des ganglions mésentériques et, au voisinage de la valvule iléo-cœcale, de nombreuses ulcérations caractéristiques (?). Les reins n'étaient qu'hypertrophiés, et l'auteur a cherché en vain la néphrite parenchymateuse que devait faire prévoir la présence des cylindres dans l'urine et l'albuminurie.

Le sujet est âgé de 40 ans, diabétique depuis deux ans, atteint trois fois de pneumonie, faible, maigre. La diète carnée produit une amélioration rapide des symptômes.

Le 5 janvier 1881, le malade est pris de frissons et l'urine contient de l'albumine, des globules de sang, des cylindres hyalins et des cellules épithéliales provenant du rein. Il éprouve de la céphalalgie, des vertiges, de la courbature. La température s'élève à 39°,8.

A partir de ce jour, l'appétit diminue, l'albumine augmente dans l'urine pendant que la proportion du sucre diminue, il n'y a ni diarrhée, ni météorisme; la rate reste petite. La température est en moyenne le soir de 38°,5; le pouls rapide. On note surtout de la somnolence et de la dépression psychique.

Le 20 janvier, les symptômes graves s'amendent, la fièvre diminue, l'urine contient moins d'albumine et autant de sucre ; le patient demande à manger.

Le 24, pendant la nuit, la température s'élève de nouveau à 40° et le coma s'établit. Mort le 26 janvier.

On voit qu'il était impossible de soupçonner pendant la vie la fièvre typhoïde, et seule la présence des ulcérations intestinales autorise ce diagnostic rétrospectif. L. GALLIARD.

XVIII. — L'auteur a remarqué que chez certains diabétiques les réactifs cupro-potassiques ne produisent pas la séparation et la précipitation de l'oxydrule de cuivre. En recherchant les causes de ce phénomène, il a vu que, dans ces cas, il s'agissait d'urines riches en indican, ou tout au moins en substance colorante voisine de l'indigose. Il pense que cette substance tient en dissolution l'oxyde du cuivre et empêche sa précipitation. H. R.

XIX. — L'auteur conseille d'employer un procédé inverse à celui

qu'on met d'habitude en usage, c'est-à-dire de chauffer d'abord l'urine et d'y verser ensuite goutte à goutte la liqueur de Fehling. Cette modification a pour effet de donner toujours un excès de sucre, ce qui doit empêcher toute action chimique accessoire; elle fournit une réaction terminale plus nette; elle permet de faire rapidement un dosage approximatif à cause de la rapidité de la réduction du cuivre qui augmente avec la quantité de sucre. De plus, le calcul est facilité, car en employant un centimètre cube d'urine, la moitié de la solution de Fehling est égale à la proportion de sucre pour cent. L. GALLIARD.

XX. — L'auteur résume les travaux publiés récemment pour arriver à trouver une localisation du diabète. Il montre d'abord que les recherches qui ont porté sur le système nerveux sont restées infructueuses. Les descriptions de Howship Dickinson (1875), qui a vu dans la substance blanche du cerveau et de la moelle un aspect cribriforme du tissu nerveux, dégénéré par le fait d'extravasations sanguines, ont été contrôlées par Müller, Külz, Taylor (1877), Moxon, etc., qui n'accordent pas à ces lésions la valeur qui voulait leur attribuer Dickinson. Donc, sur ce point, le dernier mot n'est pas dit. Poniklo (1877) a observé cinq cas de sclérose des ganglions cervicaux du sympathique; chez des diabétiques; ce fait est d'accord avec les expériences de Pavy, Cyon, etc.; on peut l'enregistrer, mais sous toutes réserves.

On a voulu aussi placer dans une altération du pancréas la cause organique du diabète. Cantani est sur ce point des plus affirmatifs. Contre l'opinion de Lancereaux qui se borne à établir la relation entre la lésion du pancréas et le diabète maigre, l'auteur soulève plusieurs objections. D'abord, au point de vue physiologique, dans les expériences de Cl. Bernard, on ne peut prouver que la glande biliaire n'ait pas été atteinte en même temps que le pancréas et, dans quelques opérations où on a agi directement sur ce dernier organe, on a pu l'exciser sans amener de grands désordres dans la santé des animaux soumis à l'expérimentation.

Parmi les observations citées, plusieurs se rattachent à la glycosurie simple et non au diabète vrai; dans d'autres, des traumatismes antérieurs, la syphilis, ont pu jouer leur rôle au point de vue étiologique. Dans plusieurs cas où l'atrophie du pancréas a été notée, on trouve aussi des altérations d'organes importants, foie, estomac, cerveau, qui ont bien leur importance quant à la production du diabète.

Des observateurs sérieux dans des cas absolument analogues à ceux de Lancereaux, n'ont pas trouvé les lésions signalées par cet auteur. D'un autre côté, de nombreuses observations de lésions du pancréas ont été publiées sans que les malades aient présenté les symptômes du diabète.

L'auteur finit en se demandant si l'atrophie du pancréas au lieu d'amener la production du diabète ne pourrait pas au contraire être déterminée par le diabète lui-même. Il rappelle que le diabète maigre, affection essentiellement consomptive, amène parfois l'atrophie du foie, de l'estomac, etc.; l'atrophie du pancréas serait donc un résultat du processus de désassimilation exagérée qui caractérise le diabète maigre. H. L.

XXI. — Jeune homme de 26 ans offrant les symptômes du diabète depuis un an lorsqu'il succomba à la clinique de Bonn. La polydipsie avait été le premier signe. L'urine, rendue en quantité de 5 litres, avait une densité de

1037 et contenait 5 0/0 de sucre. Peu de jours après son admission à l'hôpital, ce malade fut pris de vives douleurs, son ventre se tuméfia ; il survint des nausées et la quantité d'urine se réduisit à 600 grammes ; en même temps, elle était brun-jaunâtre, laissait déposer de nombreux cristaux d'acide urique, avait une densité de 1025 et pendant 2 jours ne renferma plus de sucre. L'abdomen ne cessa d'augmenter de volume et il se développa un épanchement ascitique. Puis les urines redevinrent un peu plus abondantes, la glycosurie reparut et finit par atteindre la proportion qu'elle avait originellement. Au milieu d'une apyrexie continue, un œdème pulmonaire apparut et le patient mourut asphyxié le quatrième jour après le début de la tuméfaction abdominale.

Autopsie : cirrhose intense du pancréas ; dilatation considérable du conduit de Wirsung ; kyste de la grosseur d'une pomme, plein de caillots récents, dans la tête du pancréas.

Ruehle croit pouvoir expliquer par la présence de ce kyste hémorragique, les accidents terminaux offerts par le malade. Par la pression qu'il exerçait sur la veine de la face postérieure de l'organe, le kyste a déterminé l'ascite ainsi qu'un œdème rétro-péritonéal énorme ; d'autre part, en comprimant la veine cave, il a produit une stase rénale qui a eu pour conséquence la diminution subite des urines. (*R. S. M.*, I, 579, et XI, 540.) J. B.

XXII. — Sujet âgé de 40 ans, affaibli depuis deux ans, amaigri depuis quinze mois. Soif vive, polyphagie, peau sèche. L'urine contient du sucre, pas d'albumine. Pas de lésion viscérale appréciable. Mort le 7 avril 1880.

A l'autopsie, on trouve le cerveau, les poumons, le foie sains. Le pancréas ne paraît pas altéré à l'œil nu. Les reins sont hypertrophiés ; le gauche renferme plusieurs collections purulentes.

Au microscope, Mayor constate dans le pancréas des lésions portant presque exclusivement sur les épithéliums. Les cellules épithéliales des glandes sont remplies de granulations graisseuses qui empêchent de voir les noyaux. Celles des canaux excréteurs sont également infiltrées de graisse, mais à un degré moindre ; leur noyau est toujours visible. Le tissu conjonctif est sain.

Dans le foie, légère hépatite interstitielle ayant pour point de départ la veine centrale du lobule. Dans les reins, néphrite interstitielle suppurative ayant débuté autour des capsules de Bowmann, et néphrite parenchymateuse récente, à marche lente. L. GALLIARD.

XXIII. — Un sujet de 34 ans, malade depuis deux ans, émet tous les jours de 3 à 9 litres d'urine, ayant en moyenne une densité de 1030 et contenant 5,4 0/0 de sucre. On constate chez lui de l'affaiblissement de la vue sans modification à l'ophtalmoscope, des douleurs dorsales, de l'œdème ; il maigrit, s'affaiblit et meurt au bout de quatre mois.

On trouve à l'autopsie, à la face interne du frontal, à gauche de la ligne médiane, un ostéophyte gros comme un grain de chènevis. Sur le plancher du quatrième ventricule existent deux foyers grisâtres gélatineux ; l'un a 5 millimètres de diamètre et siège à la partie antérieure de l'ala cinerea du côté droit, l'autre se trouve en avant des filets d'origine de l'acoustique du même côté, et s'étend du sillon longitudinal du sinus rhomboïdal jusqu'au locus cœrulens, intéressant ainsi le noyau du pneumogastrique et du glosso-pharyngien.

D'autres foyers existent encore dans la couche optique gauche, dans l'avant-mur droit avec envahissement de la capsule externe, dans la partie externe de la couche optique droite, dans la circonvolution moyenne du lobe frontal gauche, enfin à l'extrémité du lobe occipital gauche.

Les lésions du plancher du quatrième ventricule qui méritent d'attirer l'attention plus que les autres, ont été étudiées au microscope. L'auteur a trouvé dans les vaisseaux la multiplication des éléments endothéliaux et de ceux de la unique externe ; les cellules nerveuses sont le plus souvent méconnais-

sables, atrophiées, représentées seulement par le noyau et quelques granulations pigmentaires. Quant à la névroglie, elle ne présente pas encore la transformation fibreuse de la sclérose avancée.

Les viscères ne sont pas indemnes ; il y a des tubercules des deux poumons avec cavernes aux sommets et pleurésie à gauche, hypertrophie des deux reins et catarrhe gastrique chronique avec érosions de la muqueuse.

L. GALLIARD.

XXIV. — Ebstein a entrepris des recherches histologiques dans le but d'étudier les rapports entre le coma diabétique, considéré dans ces derniers temps comme étant la conséquence de l'acétonémie et les altérations de l'épithélium de certaines glandes.

Un premier chapitre est consacré aux nécroses de l'épithélium rénal, observées chez des diabétiques qui succombèrent dans le coma, sans qu'à l'autopsie on pût découvrir de lésions macroscopiques capables de rendre compte du dénouement fatal. Tel fut le cas chez une femme diabétique de 20 ans qui mourut de mort rapide après être restée dans le coma pendant 36 heures. L'examen microscopique des reins y fit découvrir l'altération de l'épithélium glandulaire décrite par Armanni sous le nom de dégénérescence hyaline, dans un cas où elle intéressait l'épithélium des tubes collecteurs. Dans le cas d'Ebstein, cette dégénérescence occupait la zone externe de la substance médullaire, et que Henle a désignée sous le nom de zone limite. Dans cette zone, on trouve des branches vasculaires qui constituent une sorte de système porte en ce qu'elles établissent des communications directes entre deux réseaux capillaires. C'est dans ces branches vasculaires et particulièrement dans celles disposées en anses, que siégeait l'altération en question. Elle se caractérise par une grande translucidité des cellules épithéliales, dans lesquelles les réactions micro-chimiques décèlent un noyau très net. Ces cellules étaient en outre tuméfiées d'où résultait une distension des canalicules intéressés. De plus, dans la substance corticale, on apercevait çà et là des foyers gangréneux disséminés, dus à la nécrose de l'épithélium des canaux contournés, lésion que l'auteur avait déjà rencontrée à l'autopsie d'un autre diabétique et qu'il a décrite dans son travail sur les affections des reins, paru dans le compendium bien connu de Ziemssen. En ces points, l'épithélium de la substance corticale était, à l'état frais, le siège d'une tuméfaction trouble avec une dégénérescence graisseuse. Sur des pièces durcies, le protoplasma apparaissait légèrement trouble, fragmenté ; même avec des grossissements assez forts, il était impossible de découvrir des noyaux, tandis que dans les parties non altérées de l'écorce, les noyaux des cellules épithéliales étaient mis en évidence par la coloration, même dans les canaux contournés.

L'auteur passe ensuite en revue les différentes raisons anatomiques qu'on a été amené à invoquer pour expliquer le développement du coma diabétique.

Les lésions des centres nerveux ne sont pas rares chez les diabétiques ; leur signification est très variable. Elles peuvent être la cause de la glycosurie, elles peuvent en être ses conséquences, elles peuvent aussi n'être que des complications incidentes. D'autre part, les lésions qui semblent le plus aptes à expliquer le coma, les épanchements dans les ventricules, les infiltrations des méninges ont fait souvent défaut à l'autopsie de diabétiques morts dans le coma, et on les a rencontrées à

l'autopsie de diabétiques qui n'avaient pas succombé à ce genre d'accident, et il est évident que le coma peut avoir été amené par des altérations qui ne laissent aucune trace après la mort, par l'hyperhémie par exemple. En somme, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de préciser la part qui revient aux lésions macro- et microscopiques de l'encéphale dans le développement du coma, et cela est vrai surtout pour l'encéphalite gangréneuse d'origine hémorragique invoquée par des auteurs, tels que Dickinson, Trousseau.

Ebstein revient de nouveau aux lésions rénales dans le diabète. Il rappelle que sur 27 cas de cette affection ayant donné lieu à une autopsie, Dickinson n'a trouvé que deux fois les reins intacts. Les lésions congestives et sub-inflammatoires seraient, suivant l'auteur anglais, le cas le plus fréquent (12 fois sur 25); 4 fois les reins étaient atrophiés et granuleux; d'un autre côté déjà, Griesinger avait trouvé à l'autopsie d'un diabétique mort de pneumonie, une dégénérescence graisseuse de l'épithélium de la substance corticale en même temps qu'en certains points les cellules épithéliales, sans avoir subi cette dégénérescence, étaient pâles et de petite dimension, de telle sorte, que les noyaux se touchaient presque. Dans un autre cas, Armanni (de Naples) avait constaté que les noyaux de l'épithélium rénal, très difficiles à distinguer, présentaient leur bord libre irrégulier, frangé et presque en voie de désagrégation moléculaire, tandis qu'il y avait des traces de dégénérescence graisseuse. Ces faits s'ajoutent à ceux d'Ebstein pour démontrer que, dans le diabète, il existe une tendance à la destruction, à la nécrose de l'épithélium rénal.

Ebstein aborde ensuite la question de savoir si l'altération de l'épithélium rénal mentionnée plus haut, et qui consiste dans l'impossibilité de mettre les noyaux en évidence à l'aide des meilleurs réactifs, avec fragmentation du protoplasma, est spéciale au diabète; et il arrive à conclure que cette altération se retrouve dans des cas où la nutrition de cet épithélium est compromise par privation de sang artériel, par le contact de principes toxiques, tels que l'acide chromique, le glycérolé de phénol, la cantharidine.

Mais quelle est, chez les diabétiques, la cause immédiate de ces nécroses épithéliales? Ebstein s'attache à mettre hors de cause l'anémie généralisée ou locale. Il ne reste plus dès lors qu'à invoquer une anomalie de la crase sanguine; l'hydrémie, la glycémie, la présence dans le sang des diabétiques de substances toxiques très diverses, telles que l'acétone, l'éther diacétique et l'alcool (qu'on ne trouve pas dans les humeurs de tous les diabétiques et qu'on peut trouver dans les humeurs dans d'autres circonstances pathologiques) qui jouent un rôle incontestable, mais encore mal connu dans la pathogénie des accidents de la forme grave du diabète. L'acide oxalique semble donner lieu à des accidents toxiques dans certains cas de diabète. (Voir l'observation de Friedreich, relatée par Fürbringer dans *Archiv. für klin. medicin*, T. XVI, p. 499.)

Enfin, tous les principes excrémentitiels provenant du dédoublement des substances azotées, peuvent intervenir aussi dans le développement de ces gangrènes épithéliales. Et on comprend ainsi comment le coma diabétique a pu éclater soudainement chez des malades qui venaient d'être soumis du jour au lendemain à la diète carnée la plus rigoureuse, comme Ebstein en cite un exemple.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la lipémie, c'est-à-dire l'accumulation de graisse dans le sang des diabétiques, qui ne puisse jouer un rôle considérable dans la pathogénie du coma, de même que la dyspnée violente qui accompagne le coma diabétique peut tenir à des embolies graisseuses dans les poumons.

Ces mêmes causes qui peuvent intervenir dans le développement de la nécrose de l'épithélium rénal, doivent être invoquées également pour rendre compte des nécroses qui surviennent chez les diabétiques dans d'autres tissus.

La signification pronostique de ces nécroses épithéliales, dépend avant tout de l'importance fonctionnelle de l'organe qui en est le siège et à ce point de vue les nécroses de l'épithélium rénal ont une signification exceptionnelle, parce que le rein est l'organe d'élimination par excellence, et que lorsque le filtre rénal cesse de fonctionner, les produits toxiques s'accumulent dans le sang et donnent naissance aux accidents les plus graves. Et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer le rôle des altérations de l'épithélium rénal, signalées au début de ce mémoire, dans le développement du coma diabétique. On peut s'expliquer aussi, comment, lorsque l'épithélium rénal est intact, une production excessive mais passagère des principes toxiques qui sont la cause prochaine des accidents du coma diabétique, peut rester inoffensive, parce que le rein suffit largement à la dépuration du sang et comment, lorsque l'activité fonctionnelle du rein est insuffisante, le coma diabétique peut éclater avec une gravité variable, quoique le rein soit en état d'intégrité. (Voy. plus haut, p. 434.) F. LABADIE-LAGRAVE.

XXV. — Block a étudié l'influence du régime alimentaire sur la nutrition et la composition des urines, chez une femme de 33 ans, affectée de diabète à forme grave.

La malade, à l'époque de ces expériences, était considérablement amaigrie; elle ne pesait que 40 k. 595 grammes, elle n'avait plus la force de marcher, et elle était tourmentée par une soif pénible et par une polyurie extrêmement prononcée. L'urine contenait une proportion considérable de sucre.

Aussitôt après son entrée à l'hôpital de Kiel, cette femme fut mise en observation pendant quatre semaines consécutives. Pendant la première semaine, on lui prescrivit un régime mixte; pendant la seconde semaine, elle fut mise à un régime azoté très sévère et le pain ordinaire fut remplacé par le pain de gluten préparé suivant les indications de Bouchardat. Pendant la troisième semaine, la viande fut entièrement proscrite du régime de la malade, qui se composa exclusivement pendant ces sept jours de farineux, de légumes et de mets sucrés. Enfin, pendant la quatrième semaine de l'expérience, la malade reprit le régime mixte, mais avec prédominance des aliments amylacés. Voici maintenant quels furent les résultats obtenus aux différentes phases de l'expérience :

Au bout de la première semaine, le poids de la malade avait monté de 40 k. 595 à 41 k. 645. Au bout de la seconde semaine (régime carné) il était redescendu à 39 k. 510, différence en moins = 2,135 grammes ; au bout de la troisième semaine, il était remonté à 40 k. 815, différence en plus = 1,350 grammes ; enfin, au bout de la quatrième semaine le poids corporel atteignait le chiffre de 41 k. 760, augmentation = 945 grammes.

Les quantités d'urine et de sucre rendues pendant les 24 heures furent en moyenne :

	URINES.	SUCRE.
Pendant la 1re semaine	4,158 gr.	381 gr.
— 2e —	4,473	252
— 3e —	4,849	414
— 4e —	4,704	405

De ces chiffres, l'auteur arrive à conclure que le régime carné est capable de diminuer la proportion de sucre contenu dans l'urine d'un diabétique, mais non d'arrêter entièrement la glycosurie. Toutefois, on est en droit de lui objecter que l'expérience n'a pas été poursuivie assez longtemps pour que cette conclusion puisse être considérée comme bien fondée.

Block a également étudié l'influence du jeûne sur la glycosurie. Il a constaté que si la proportion de sucre contenu dans l'urine va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne d'un repas, le jeûne prolongé, même pendant 24 heures, ne suffit pas pour faire entièrement disparaître le sucre de l'urine, tandis que Bouchardat a soutenu que ce résultat était obtenu au bout de 18 heures de jeûne.

Les expériences de Block démontrent encore que la digestion et l'absorption de la graisse étaient très actives chez la femme diabétique qui servait à ses recherches. Traube était déjà arrivé à une conclusion semblable. Un autre fait intéressant constaté chez cette femme, c'est que pendant les quatre semaines que dura l'expérience, la quantité des ingesta dépassa sensiblement la quantité des déperditions par les différentes voies d'excrétion. Or, différents auteurs ont avancé que chez les diabétiques, le contraire arrive toujours forcément. Block n'a pas d'avantage constaté une diminution de la proportion d'urée éliminée par l'urine constamment la quantité d'urine des 24 heures, était proportionnelle à la quantité de sucre éliminée dans le même espace de temps.

En somme, ce que l'auteur a surtout cherché à mettre en lumière, c'est que le régime des diabétiques ne doit pas être calculé uniquement en vue de restreindre la glycosurie, mais qu'il doit aussi permettre à la nutrition de se faire dans des conditions favorables. Or, le régime carné, selon Block, sans être capable de faire disparaître entièrement le sucre de l'urine, aurait pour effet de hâter la dénutrition chez les diabétiques. C'est le contraire que l'on admettait jusqu'ici. F. LABADIE-LAGRAVE.

XXVI. — L'auteur considère les muscles comme une des sources du diabète. D'après lui, la fatigue, l'exercice musculaire diminuent la quantité de sucre dans l'urine: c'est ce que prouvent quatorze observations personnelles. Ce fait s'explique par les modifications de la répartition du sang qui serait moins abondant au foie et s'accumulerait dans les muscles.

Le sucre produit dans le muscle, peut trouver des obstacles à sa transformation, sous l'influence de conditions pathologiques et s'accumuler dans le sang: témoins les cas de tétanos avec glycosurie, et ces cas de diabète où la diète carnée, combinée avec le repos, diminue la quantité de sucre, tandis que les exercices l'augmentent, le muscle du diabétique n'étant pas capable de détruire une forte proportion de sucre.

Dans tous les cas graves ou bénins, l'activité musculaire est un traitement fort utile du diabète. L. GALLIARD.

XXVII. — L'auteur, dans des expériences faites sur des lapins, confirme d'abord les résultats d'Eckhard et Filehne, sur le diabète consécutif à

l'excitation du nerf vague, puis ceux de Pavy, Goltz, Naunyn, sur la glycosurie produite par les acides phosphorique, lactique et chlorhydrique; ces trois acides déterminent en même temps de l'albuminurie. Comme ces acides produisent une violente gastrite, l'auteur cherche si d'autres substances irritantes n'auraient pas, en agissant sur les branches terminales du nerf vague, des effets analogues; il prend du chlorure de sodium en solution concentrée et le place dans l'estomac, mais l'effet reste nul.

L'auteur vérifie ensuite les données de Schiff, sur le diabète consécutif à la section du nerf sciatique et montre de plus que la glycosurie cessant au bout de quelque temps, peut être déterminée de nouveau par l'excitation du bout central du nerf coupé. Il trouve, comme Peyrani, du sucre dans l'urine après section et excitation du grand sympathique au cou.

L. GALLIARD.

XXVIII. — Adamkiewicz, répondant aux critiques de Guttman produi de nouvelles expériences montrant la diminution du sucre de l'urine des d abétiques sous l'influence de l'ammoniaque. Cette diminution, selon lui, est incontestable, le seul point en litige serait de savoir si elle est assez considérable pour qu'on puisse en tirer des conclusions thérapeutiques.

M. DEBOVE.

XXIX. — Un homme de 27 ans, atteint en automne 1878 de polyurie et de polydipsie. Six mois plus tard il se trouve trop faible pour continuer son travail et prend le lit. L'auteur constate chez lui le 13 janvier 1880 les signes du diabète; quantité d'urine 6,400 centimètres cubes; densité 1,037. Sucre 8 0/0; soit 512 grammes par jour. T. 36,5. P. 64. Poids de corps 54 kilogrammes. Pendant les dix premiers jours du séjour à l'hôpital, sans médication, la quantité de sucre excrétée varie de 480 à 788 grammes par jour; la quantité d'urine de 6,000 à 9,700 centimètres cubes.

Le 23 janvier injection sous-cutanée de 0gr, 02 de pilocarpine. Le lendemain l'urine descend à 5,300 centimètres cubes; sueurs profuses. Pas de sucre dans la salive ni dans l'urine.

L'expérience est interrompue par une diarrhée abondante.

Le 29 janvier, urine 9,100 centimètres cubes; injection de 0gr,02 de pilocarpine. Au bout de cinq minutes, salivation, sueurs abondantes sur tout le corps, accélération du pouls. Au bout d'une heure et demie, ces phénomènes cessent, le malade éprouve un bien-être indéfinissable, la soif diminue. Salive 250 centimètres cubes ne contenant pas de sucre. Urine 5,300. Le sucre diminue de 244 grammes.

Le 31 janvier nouvelle injection. Jusqu'au 13 février l'urine excrétée ne dépasse pas 6,000; densité 1,034.

Le 20 février urine 7,400; injection de pilocarpine. A la suite urine 6,200. Jusqu'au 5 mars, la quantité moyenne est de 4,450 avec 280 grammes de sucre Le poids du corps atteint 56 kilogrammes.

Dans les vingt jours qui suivent, cinq injections de pilocarpine produisant une diaphorèse aussi intense, mais moins de salivation que les premières. Densité 1,032. Sucre 224 grammes. Poids du corps 55 kil. 100.

Le malade se trouve bien et demande à partir. Pendant le traitement, le pouls a été accéléré d'abord, puis dicrote.

L'auteur conclut de cette expérience qu'on peut faire utilement aux diabétiques des injections sous-cutanées de pilocarpine en laissant quelques jours d'intervalle entre deux opérations. L. GALLIARD.

XXX. — F. Eckard avait remarqué que l'hydrate de chloral neutralisait complètement les poisons excitateurs de la moelle, la strychnine en particulier. Il eut la curiosité de rechercher si le diabète que détermine la

piqûre du quatrième ventricule, se produisait encore sur un animal soumis à l'influence du chloral : le sucre ne se montra pas. Il ne se montra pas non plus après l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

L'indication était évidente; il fallait essayer le chloral contre le diabète. Deux observations ont montré à F. Eckard, que, sous son influence, le sucre subissait une très notable diminution. A. MATHIEU.

XXXI. — L'observation de l'auteur porte sur 14 cas, où il a administré 8 à 10 grammes de salicylate de soude. Il croit que les cas légers peuvent être guéris définitivement par ce moyen, et les graves considérablement améliorés; c'est ce que prouve la marche de la maladie chez six sujets de la première catégorie, et sept de la seconde; une seule fois, chez un individu atteint de phtisie, le résultat a été nul.

L. GALLIARD.

XXXII. — L'auteur a employé le salicylate de soude à haute dose dans cinq cas graves de diabète sucré et a constaté toujours l'augmentation du poids du corps. Il conclut de ses observations que dans certains cas graves le médicament à la dose de 10 à 12 grammes par jour n'a aucune influence sur le sucre éliminé et ne détermine que de légers symptômes gastriques. D'autres fois, on constate une intoxication qui se manifeste par des troubles gastriques sérieux, par des désordres du système nerveux, et qui a pour conséquence, en arrêtant les échanges nutritifs, de diminuer la quantité de sucre de l'urine. L. GALLIARD.

XXXIII. — L'auteur rapporte deux cas de diabète très heureusement modifiés par la glycérine. Le premier a pour sujet une dame de 60 ans ayant souffert depuis longtemps de rhumatisme goutteux. L'autre malade est un homme de 50 ans, très manifestement arthritique. Ces deux sujets eurent des accès d'angine de poitrine avec affaiblissement du cœur, accès auxquels se rattache la glycosurie.

L'emploi de la glycérine uni à la diète rationnelle fit disparaître en quinze jours le sucre de l'urine; le premier sujet ayant eu une récidive, on eut recours encore au même médicament dont l'efficacité se confirma.

L. GALLIARD.

XXXIV. — Jeune homme de 22 ans, atteint de diabète depuis deux ans, guéri après quatre mois du traitement préconisé par Cantani, c'est-à-dire la diète carnée et l'acide lactique à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Dans la période qui suivit le traitement, l'usage des farineux et des autres substances glycogènes fit reparaître la glycosurie, mais en proportions moins importantes; elle céda par la seule diète animale. L'acide lactique ne peut être considéré que comme un adjuvant dans le traitement, et il est sage de continuer assez longtemps la diète carnée pour éviter la récidive.

XXXV. — Ce travail tend principalement à mettre en relief les rapports de la polyurie chronique avec les diathèses, notamment avec la scrofule et la tuberculose. Un certain nombre de polyuries dans lesquelles l'hérédité semblait devoir être seule incriminée, se rattachent en dernière analyse à ces deux diathèses. Le chapitre le plus important de la thèse est consacré à l'étude des rapports de la polyurie avec la tuberculose : elle peut être due à des tubercules ou à de la méningite chronique, avec ou sans troubles cérébraux ; à l'élimination exagérée des phosphates ; à une compression des pneumogastriques ou du sympathique; à un simple trouble nerveux réflexe, prenant son point de départ dans la lésion pul-

monaire. Chez les syphilitiques, la polyurie est le plus souvent liée à des accidents cérébraux, tantôt assez obscurs tantôt presque pathognomoniques. Les derniers chapitres sont consacrés aux rapports de la polyurie avec le diabète sucré, la phosphaturie, l'azoturie. F. BALZER.

XXXVI. — Il s'agit d'une femme de 30 ans chez qui le diabète insipide eut un début marqué par de vives douleurs de tête que l'iodure de potassium calma, bien que la syphilis fût douteuse. L'acide nitrique et la valériane restèrent sans effet, mais la belladone et l'ergotine influencèrent favorablement la polyurie.

Quant à la quantité d'urée excrétée, elle parait être restée au-dessous de la normale. L. GALLIARD.

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

A. *Maladies du péricarde.*

I. — **Ueber einen Fall von fast vollständigem Defekte des Pericardium parietale (Absence presque complète du péricarde pariétal), par CHIARI** (*Wien. med. Wochensch.*, *n°* 14, 1880).

II. — **De la péricardo-pleurite dans le rhumatisme aigu, par DUROZIEZ** (*Union médic.*, 20-22 *septembre* 1881).

III. — **Péricardite tuberculeuse, par VAILLARD** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, *n°* 24, 9 *janvier* 1880).

IV. — **Étude clinique et expérimentale sur la péricardite urémique, par KERAVAL** (*Thèse de Paris*, 1879).

V. — **Atrophie cardiaque consécutive à une endopéricardite ancienne, et ayant porté principalement sur le ventricule droit, par FÉRÉOL** (*Union médicale*, 19 *mai* 1881, *in Soc. méd. des hôpit.*).

VI. — **Ein Fall von Punctio Pericardii, par KUEMMEL** (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 321, *juin* 1880).

VII. — **Ein Fall von Incision des Pericardium, par S. ROSENSTEIN (de Leyde)** (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 5, *p.* 61, *janvier* 1881).

VIII. — **Pneumopericardium, entstanden durch Perforation eines runden Magengeschwüres in den Herzbeutel (Pneumopéricarde par extension d'un ulcère rond de l'estomac), par Paul GUTTMANN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 16, *p.* 221. *avril* 1880).

I. — Les anomalies du péricarde sont rares, et l'absence de cette séreuse n'a été signalée que douze fois. Deux exemples de cette malformation existent au musée d'anatomie pathologique de Vienne. En voici un nouveau, dû à Chiari :

Chez un sujet de 46 ans, mort de péritonite tuberculeuse, et n'ayant présenté aucun symptôme d'affection cardiaque, on remarque que le cœur, au lieu d'être recouvert par le péricarde pariétal, est libre dans la plèvre gauche et en contact avec le poumon, conservant du reste ses rapports normaux de situation avec la paroi thoracique. Le feuillet médiastin de la plèvre gauche dépasse la ligne médiane ; le feuillet viscéral passe directement sur le cœur pour former le péricarde viscéral ; il n'y a de repli qu'au niveau de la veine cave inférieure.

Quant à la plèvre médiastine du côté droit, elle a sa disposition habituelle, et les organes qui traversent le médiastin n'ont rien d'anormal. Le nerf phrénique gauche, appliqué à la plèvre médiastine gauche, croise obliquement l'axe longitudinal du cœur et se croise à angle droit pour s'accoler à la paroi costale. L. GALLIARD.

II. — Duroziez cherche à établir qu'il y a un rapport plus immédiat entre les lésions des deux séreuses péricardique et pleurale qu'entre les lésions de l'endocarde et celles de la plèvre, la péricardite, quand elle est intense, précédant en général la pleurésie, qui se manifeste à gauche, puis à droite. Il combat l'opinion de Roger, qui avance que la maladie du cœur, en cas de rhumatisme articulaire aigu chez les enfants, peut faire prédire presque à coup sûr une complication pleurale. D'après Duroziez, quand l'endocardite seule est notée, la pleurésie n'est pas signalée ; on ne la trouve que lorsqu'il y a soit péricardite, soit endopéricardite. Il rapporte 9 observations prises chez des enfants pour soutenir sa thèse.

De ses recherches il résulte que la péricardopleurite rhumatismale est fréquente surtout de 10 à 25 ans ; la majorité des cas s'observe chez des garçons ; c'est d'ailleurs une complication fréquente du rhumatisme articulaire aigu. La péricardite se manifeste le plus souvent à la fin de la première semaine; la pleurésie ne survient, en général, qu'après elle, et commence par le côté gauche. La durée de la péricardopleurite est difficile à fixer ; elle se prolonge facilement pendant deux à trois mois.

H. L.

III. — A l'occasion d'une malade atteinte de péricardite tuberculeuse, l'auteur s'est livré à quelques recherches sur cette localisation rare de la tuberculose; après un relevé de la plupart des cas qui ont été publiés, il décrit les deux formes qu'elle présente au point de vue anatomique, la physionomie clinique particulière à chacune d'elle, puis il pose les conclusions suivantes :

1° La péricardite tuberculeuse est une affection rare ;

2° Quand elle revêt la forme sèche, elle se termine toujours par une symphyse cardiaque complète et reste habituellement ignorée pendant la vie ;

3° Quand elle détermine un épanchement (cette forme est la moins commune), la quantité du liquide est toujours très abondante;

4° La péricardite tuberculeuse survient ordinairement dans le cours de la phtisie; mais elle est quelquefois primitive, et devance les autres localisations de la tuberculose. OZENNE.

IV. — La coïncidence de la péricardite et du mal de Bright avait été signalée déjà par Bright et surtout par Rayer, qui n'hésitait pas à voir entre les deux une relation de cause à effet. Aujourd'hui, cette relation est généralement admise avec une modification, en ce sens que ce n'est pas à la néphrite elle-même, mais à l'urémie qui en est la conséquence, que l'on rattache la péricardite. Dans une statistique comprenant 51 cas, rassemblés un peu au hasard, M. Keraval a trouvé 4 cas de péricardite, ce qui fait à peu près 8 0/0. Les lésions rénales étaient variables (néphrite interstitielle, néphrite épithéliale, dégénérescence amyloïde, rarement néphrite calculeuse ou surtout néoplasie). On ne l'observe guère dans les cas de néphrite aiguë. En somme, les cas les plus favorables à l'évolution de la péricardite urémique sont ceux dans lesquels les *deux*

reins sont atteints de lésions à marche lente, mais aboutissant fatalement à l'arrêt physiologique de l'organe. Les lésions sont toujours très avancées lorsque se produit la péricardite.

Il s'agit généralement d'une péricardite *sèche*, sans tendance à la régression, mais pouvant, au contraire, si la mort ne survient pas, aboutir à l'adhérence des deux feuillets. Elle n'a point de caractères cliniques spéciaux autres que ceux de la péricardite sèche. Mais, plus encore que toutes les autres variétés de péricardites, elle passe en général inaperçue en raison de l'urémie qui domine la scène. C'est, du reste, l'urémie qui fait la gravité de la péricardite, et c'est aussi l'urémie qu'il faut soigner.

Tout ce que l'on peut dire, au point de vue de l'étiologie, c'est qu'il y a relation de cause à effet entre l'urémie et la péricardite qui survient à cette période de l'altération rénale; mais, en dehors de cela, les autres conditions accessoires sont inconnues.

L'auteur a aussi cherché à déterminer expérimentalement par quel mécanisme se produit la péricardite, et pour cela il a injecté de l'urée ou du carbonate d'ammoniaque dans le péricarde de chien sain ou ayant subi la ligature des uretères, de façon à produire un état d'urémie antérieure à l'injection dans le péricarde; or dans aucun de ces cas, pas plus avec le carbonate d'ammoniaque qu'avec l'urée, chez les chiens rendus artificiellement urémiques comme chez ceux dont les reins fonctionnaient normalement, il n'y eut de péricardite; les seuls accidents observés furent ceux qui pouvaient résulter de l'absorption de l'urée ou du carbonate d'ammoniaque (convulsions, etc.).

Si donc la péricardite survenant chez les brightiques est bien une péricardite urémique dans le sens clinique du mot, on ne peut dire cependant qu'elle résulte d'une irritation du péricarde par l'excès d'urée ou de carbonate d'ammoniaque dans le sang.

L'auteur se proposait de répéter les expériences avec la créatine et la créatinine, mais ne l'avait point fait encore au moment où il publiait le travail que nous venons d'analyser. A. S.

V. — Une conséquence secondaire fort rare de l'endopéricardite vient d'être rapportée par M. Féréol.

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, présentant les signes d'une cachexie cardiaque avancée; les signes perçus par l'auscultation ne permettaient pas de préciser quel était l'orifice malade. Les urines ne contenaient pas d'albumine. On ne trouvait pas dans l'histoire de la malade d'antécédents morbides pouvant expliquer l'altération du cœur.

La malade mourut subitement. A l'autopsie, on trouva le cœur enveloppé d'une coque de fausses membranes péricardiques nageant dans un liquide séreux. L'oreillette droite est énormément dilatée, ses parois sont très épaissies. En l'ouvrant on constate que la cavité ventriculaire a presque totalement disparu; l'orifice tricuspidien est très élargi; ses cordages sont appliqués contre les parois. L'endocarde contient, par places, des plaques d'athérome de consistance osseuse. Les valvules de l'artère pulmonaire sont saines. Le tissu musculaire du ventricule est pâle, flasque.

Le cœur gauche est beaucoup moins malade.

Le foie présente l'aspect typique de la cirrhose alcoolique.

L'oreillette droite remplissait donc évidemment à elle seule les fonctions du cœur droit; la valvule tricuspide laissait passage au sang, qui entrait directement dans l'artère pulmonaire. H. L.

VI. — Il s'agit d'une péricardite aiguë primitive de nature tuberculeuse; le patient a succombé quatre jours après la deuxième ponction.

Ouvrier de 50 ans, sans antécédents morbides. Il y a 9 jours, il fut pris de frisson et d'oppression. A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'un vaste épanchement péricardique et d'un épanchement pleural gauche. Après une ponction exploratrice, on pratique l'aspiration du liquide péricardique avec une aiguille plus grosse plongée dans le 4e espace intercostal, à 4 centimètres du bord gauche du sternum. Évacuation de 750 grammes de sérosité, dont les 50 derniers grammes sont légèrement sanguinolents. En même temps, on retire de la plèvre 350 grammes de sérosité claire. Le patient est manifestement soulagé. Mais, dès le lendemain, l'épanchement du péricarde est redevenu plus abondant que jamais, ainsi que l'exsudat pleural. Nouvelle paracentèse des deux séreuses; du péricarde, on retire 840 grammes d'un liquide présentant le même aspect qu'à la 1re ponction, et de la plèvre 55 grammes de sérosité. Mais l'amélioration fut encore très éphémère, et 4 jours plus tard le malade succombait dans le collapsus.

Autopsie. — La cavité péricardique contenait un litre de liquide légèrement teint en rouge et mêlé de flocons fibrineux. Granulations tuberculeuses sur ses deux feuillets. Même quantité de sérosité rosée dans la plèvre gauche. Ganglions bronchiques gros, durs, ardoisés. Les poumons sont sains, à part de très petits foyers d'hépatisation rouge. L'abdomen contient un demi-litre de sérosité claire.

A 2 centimètres au-dessus du niveau des ponctions, les deux feuillets du péricarde étaient soudés entre eux, de sorte que, pratiquée en ce point, la paracentèse eût été négative ou n'eût pu que léser le cœur. (*R. S. M.*, II, 716; VII, 125 et 128; VIII, 605 et XV, 541.)

VII. — C. Hindenlang (*Deutsches Archiv für klin. Medicin.*, XXIV, 1879) a réuni 65 faits de paracentèse du péricarde. Parmi les 7 opérations d'*empyème* de cette séreuse qu'il signale, 3 seulement ont guéri. Les 4 opérations mortelles comprennent 2 erreurs de diagnostic (dilatation du cœur prise pour un épanchement), 1 cas de vieilles adhérences, enfin 1 cas d'obstruction de l'incision.

Dans le fait suivant, Rosenstein a eu recours avec plein succès à l'incision du péricarde après que les ponctions s'étaient manifestement montrées insuffisantes pour amener la guérison.

Jeune garçon de 10 ans, jusqu'ici parfaitement portant. Depuis 15 jours, il a un peu de toux et d'oppression, sans fièvre. Côté gauche du thorax dilaté. Choc de la pointe et bruits de cœur nulle part perceptibles. Après une ponction exploratrice qui donne issue à du pus, la gêne respiratoire s'accroît tellement que, le soir même, Rosenstein évacue, par une paracentèse aspiratrice dans le 4e espace intercostal, 620 grammes d'un liquide constitué exclusivement de pus. L'amélioration fut réellement surprenante, mais très fugitive. 4 jours après, outre de la fièvre vespérale, on constatait la reproduction de l'épanchement péricardique et la formation nouvelle d'un épanchement pleural gauche. Thoracentèse de 1,100 grammes de liquide pleurétique séreux et nouvelle ponction du péricarde ne donnant issue, malgré que la canule ne fût pas bouchée, qu'à seulement 120 grammes de pus.

Cette fois-ci encore, les résultats opératoires furent très passagers. Il survint de la cyanose, de l'œdème du scrotum et des malléoles.

Enfin le 11e jour, l'orthopnée étant devenue permanente et le pouls presque insensible, Rosenstein, prenant toutes les précautions de la méthode antiseptique, exécute l'empyème du péricarde, en faisant dans le 4e espace, près du sternum, une incision cutanée de 3 centimètres. Après avoir coupé couche par couche jusqu'à la séreuse du cœur, il incise celle-ci avec la pointe de son bistouri et agrandit l'ouverture avec un bistouri boutonné. Issue d'une grande quantité de pus; introduction de deux drains et pansement de Lister.

Malgré que l'effet de l'opération fût merveilleux, le pouls ne redevint sensible qu'au bout de 2 heures. Ablation des drains le 15e jour, et 6 jours plus tard, cicatrisation complète de la plaie. Tandis que tout se passait bien du côté du cœur, l'exsudat pleural ne cessait d'augmenter et était devenu purulent. L'évacuation d'un litre par la thoracentèse n'ayant pas fait tomber la fièvre, Rosenstein, dès le lendemain, pratiqua également l'empyème pleural. A partir de ce jour, l'enfant guérit rapidement et définitivement.

L'auteur insiste sur quelques points : développement possible d'une péricardite purulente sans fièvre ni œdème des téguments sus-jacents; ne pas croire à une dilatation cardiaque, simplement parce que les changements de position du malade ne font pas varier les limites de la matité; ne pas se laisser détourner de l'opération par crainte d'une altération coexistante du myocarde, dont tous les symptômes se confondent avec ceux que l'épanchement produit en troublant le fonctionnement de l'élasticité et la contractilité du cœur. J. B.

VIII. — A la fin de son travail, l'auteur a donné l'indication bibliographique des 35 faits plus ou moins authentiques de pneumopéricarde consignés dans la littérature médicale, depuis la découverte de l'auscultation. Parmi ce nombre, il n'en est que deux, ceux de Saexinger (*Prag. med. Wochenschrift*, 1865) et de Rosenstein (thèse Timmers, Leyde, 1879) reconnaissant la même étiologie que le cas de Guttmann.

Homme de 36 ans. Petit épanchement pleural à la base droite. Apyrexie complète jusqu'au 6 janvier au soir; dès lors, ascension continue de la température jusqu'au 9 au soir, où les battements cardiaques s'accompagnent d'un bruit métallique. Le lendemain, les battements ont conservé le même timbre et sont assez retentissants pour qu'on puisse les compter à la distance d'un pied du lit.

A l'auscultation, on n'entend sur toute la région précordiale que le premier bruit du cœur, dont le timbre métallique est aigu; au niveau de l'abdomen, on retrouve le deuxième bruit, mais très faible.

Sonorité tympanique à la percussion ayant les limites suivantes : en haut, elle atteint la seconde côte gauche, à droite, elle dépasse de 3 centimètres le bord sternal correspondant; en bas, impossible à délimiter, parce que la sonorité précordiale se continue sans interruption ni modification avec celle de l'estomac.

Dyspnée intense, cyanose, anxiété et douleurs précordiales.

11 janvier matin. Sueurs profuses depuis hier soir. 36°. Le timbre métallique des battements a disparu aujourd'hui; nulle part on ne perçoit trace de bruits du cœur ni de choc de la pointe. En revanche, au niveau de la pointe et aussi un peu à droite d'elle, on entend, à chaque expiration, un tintement métallique aigu, et parfois aussi le véritable tintement métallique de Laennec, qui n'est pas synchrone aux phases respiratoires. Les limites de la sonorité tympanique ne se sont guère modifiées, à part un peu de matité au niveau de la pointe. Pouls petit, régulier à 130. L'exsudat pleural est resté le même. Le soir, le timbre métallique des battements est redevenu un peu perceptible; en revanche, le tintement expiratoire a disparu. Fréquence très grande de la respiration. Pas de changements à la percussion. Mort au milieu d'une dyspnée et d'une cyanose constantes dans la nuit du 11 au 12.

Autopsie. — Le sac péricardique s'étend de haut en bas de la 2e à la 6e côte et transversalement de la ligne axillaire antérieure gauche à la ligne parasternale droite, ayant dans ses parties les moins larges une étendue de 22 centimètres. Il offre tout à fait l'élasticité et la rénitence d'un coussin d'air fortement insufflé. Les deux poumons reliés par leur bord antérieur au péricarde à l'aide d'adhérences récentes, sont refoulés sur les côtés. Un peu de sérosité dans la plèvre droite. Les pressions exercées sur l'estomac distendent encore le sac péricardique.

En incisant l'estomac, on trouve tout à côté du cardia, à la paroi postérieure de la petite courbure, une ouverture ovale, régulière, à bords lisses, longue de 1 centimètre 1/2 sur 1 de large, semblant taillée à l'emporte-pièce et occupant le fond d'un ulcère cicatrisé. Cette ouverture conduit directement dans le sac péricardique, à travers le diaphragme qui adhère à l'estomac.

En incisant le péricarde, on voit à la portion la plus déclive de sa paroi postérieure une ouverture arrondie lisse, de 1 centimètre de diamètre, qui communique avec l'estomac par un trajet rectiligne de 1/2 centimètre de long. Le péricarde renferme une trentaine de grammes d'un liquide purulent non fétide; l'air qui s'en échappe est également inodore.

Il est remarquable que l'ulcère gastrique de date fort ancienne n'ait donné lieu à aucun phénomène morbide. L'absence de bruit de clapotement ou de succussion tenait évidemment au faible épanchement liquide. (*R. S. M.*, IV, 154; V, 532; VIII, 605 et XV, 514.) J. B.

B. *Vices de conformation du cœur.*

I. — Communication entre les deux oreillettes par destruction partielle de la cloison destinée à obturer le trou de Botal, par BUCQUOY (*Soc. méd. des hôp., Union méd.*, 28 *oct.* 1881).

II. — Beitrag zur der Defekten des Septums ventriculorum Cordis (De l'innocclusion de la cloison interventriculaire), par HOLL (*Stricker's med. Jahrb., Heft* 4, *p.* 453, 1880).

III. — Ueber den Befund an einem Herzen mit Defekt der Vorkammerscheidewand, par A. LORENZ (*Wien. med. Jahrb., p.* 197, 1880).

IV. — Two cases of congenital malformation of the heart, par MACKENSIE (*Patholog. transact., XXXI, p.* 63, 1880).

V. — Sténose pulmonaire avec communication des deux ventricules; cyanose tardive et intermittente; tuberculisation pulmonaire ultime, par FÉRÉOL (*Soc. méd. des hôp. in Union médic.*, 4 *septembre* 1881).

VI. — Du diagnostic de la persistance du trou ovale de Botal, par SCHIFFERS (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège, septembre* 1881).

VII. — Anomalies de la circulation veineuse et phénomènes cardiaques chez un jeune homme, par DURET (*Soc. de biol.*, 10 *déc., et Gaz. méd.*, *n°* 53, 1881).

I. — X..., âgée de vingt ans, a présenté dès l'âge de quatorze ans (1874) des palpitations, de l'oppression, de l'œdème des jambes; on constata dès lors les signes d'une affection cardiaque avec souffle systolique à la pointe. Cet état persista avec des améliorations passagères jusqu'en novembre 1878. Les palpitations sont alors bien plus violentes; le cœur donne une forte impulsion s'accompagnant de frémissement cataire dans les deux premiers espaces intercostaux gauches; à l'auscultation, le souffle rude offrait le roulement continu du bruit de diable. On crut d'abord à un frottement péricardique; plus tard, on limita à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche, un souffle systolique. En janvier 1879 s'accusent les symptômes de la phtisie, toux, sueurs nocturnes, induration des deux sommets, avec râles, crachats mucopurulents. La mort arriva le 14 juin 1880.

A l'autopsie, on trouva les poumons adhérents, criblés de cavernes au sommet, de tubercules jaunes, crus à la base. Le cœur, petit, pèse 250 grammes; pas de traces de péricardite; les orifices mitral et aortique sont sains. De même pour les orifices tricuspide et pulmonaire; le tronc de l'artère pulmonaire n'est ni rétréci, ni altéré.

L'anneau de Vieussens est fort élargi; en bas et en arrière, le septum, très aminci partout, laisse un large hiatus d'un centimètre de diamètre. En bas, la cloison ne se rattache à l'anneau que par des brides et des filaments minces et faciles à rompre. Il y a donc une large communication entre les deux oreillettes.

M. Bucquoy fait observer que chez cette malade rien ne dénotait une affection congénitale; sa santé avait été bonne dans l'enfance, jamais de dyspepsie ni de cyanose. Il insiste sur les signes stéthoscopiques qui ont été ceux du rétrécissement de l'orifice pulmonaire, tandis que les membres n'ont jamais été cyanosés.

L'intensité des bruits morbides prouve que le passage du sang se faisait à travers l'orifice à chaque systole; et sans doute le courant était établi de gauche à droite, comme l'indiquent le frémissement cataire et le bruit de roulement.

La tuberculose pulmonaire à forme caséeuse, terminale, rapproche ce fait des cas bien plus fréquents de rétrécissement pulmonaire. H. L.

II. — Meyer et Kussmaul considèrent l'inocclusion de la cloison interventriculaire comme intimement liée à l'atrésie de l'artère pulmonaire, le sang versé dans le ventricule droit cherchant vainement une issue dans l'artère et se frayant un passage dans le ventricule gauche. Rokitansky leur répond d'abord qu'on peut trouver la sténose et l'atrésie de l'artère pulmonaire avec une cloison intacte; ensuite l'arrêt de développement ne porte pas sur la partie membraneuse, mais sur la portion musculeuse de la cloison, située en avant de la membraneuse et qui est destinée à séparer à leur origine les deux grosses artères; il attribue donc l'inocclusion du septum à l'origine anormale de l'aorte naissant à droite et à la dimension exagérée de ce vaisseau dont le septum ne peut suivre le développement.

Le cas actuel vient confirmer la théorie de Rokitansky: l'auteur a constaté, en effet, sur un enfant de quinze jours, la perforation congénitale de la partie musculeuse portant sur la moitié postérieure de cette portion, c'est-à-dire située en avant de la partie membraneuse restée intacte. Ce qui fait défaut ici, c'est le fragment de cloison destiné à former la paroi postérieure de l'infundibulum et à la séparer de l'aorte. Celle-ci a une origine anormale, elle naît à droite de l'artère pulmonaire et provient comme elle du ventricule droit, mais présente un volume beaucoup plus considérable que ce vaisseau. Elle a 12 millimètres de diamètre à son origine. De là une transposition des valvules aortiques et des artères coronaires, dont la droite devient antérieure, tandis que la gauche est postérieure. Les grosses artères qui naissent de l'aorte sont normales.

L'artère pulmonaire rétrécie n'a que 6 millimètres de diamètre; elle naît à gauche de l'aorte d'un infundibulum très étroit et se divise en deux branches. Le canal artériel naît de la branche gauche et se jette dans la concavité de la crosse de l'aorte. Les valvules, au nombre de deux, sont rudimentaires.

Le trou de la cloison interventriculaire a 6 millimètres de diamètre vertical et 8 millimètres de diamètre horizontal, et son bord s'insère en avant entre les valvules antérieure et postérieure de l'aorte.

Le ventricule droit et l'oreillette droite sont dilatés; le trou de Botal

persiste. Le ventricule gauche est très petit. Les valvules mitrale et tricuspide sont transparentes et délicates.

La perforation du septum est donc intimement liée à la transposition de l'aorte, à sa dilatation et à l'étroitesse de l'artère pulmonaire, phénomènes dus à une anomalie dans le processus de segmentation du tronc artériel commun. Le sang de l'aorte a pu passer dans les branches de l'artère pulmonaire par le canal artériel resté perméable. L. GALLIARD.

III. — Il s'agit d'une malformation cardiaque, trouvée chez un fœtus de 7 mois et intéressante par ce fait qu'elle paraît confirmer les données embryologiques, relatives au développement des cloisons qui séparent les deux cœurs. Chez ce fœtus, en effet, le septum interventriculaire est représenté par un commencement de cloison qui part de la partie inférieure et postérieure des ventricules, le septum interauriculaire par une simple saillie située sur la paroi auriculaire antérieure. ASSAKY.

IV. — Dans le premier cas rapporté par Mackensie, il s'agit d'une jeune enfant (2 ans 1/2), dont le cœur présentait les lésions suivantes :

Trois ventricules, dont un développé aux dépens du cône artériel. Absence de la cloison interventriculaire. L'aorte naît du ventricule droit. Perméabilité du conduit artériel et disposition remarquable, persistance de la veine cave, supérieure gauche, venant s'ouvrir dans l'oreillette gauche. La veine cave supérieure droite est oblitérée.

La deuxième observation est celle d'une femme de 39 ans, dont le cœur présentait également trois ventricules. Du troisième ventricule partait une aorte qui fournissait les artères du cou et des membres supérieurs et se terminait comme se comporte d'ordinaire le canal artériel ; la crosse aortique et l'aorte descendante étaient remplacées par l'artère pulmonaire. ASSAKY.

V. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, dont l'enfance s'était passée sans que l'on soupçonnât qu'il pût être atteint d'une affection cardiaque. Il fut examiné pour la première fois en juin 1879. On nota alors un bruit de souffle systolique intense très étendu, accompagné de frémissement cataire ayant un maximum dans le troisième espace intercostal gauche, près du sternum, se dirigeant en bas, et en dehors. Le malade avait eu alors une cyanose passagère. A son retour à l'hôpital, la cyanose était revenue, puis disparue de nouveau par le repos. Le souffle n'avait pas varié; la tuberculisation pulmonaire était devenue des plus évidentes.

A l'autopsie, on trouva un cœur très hypertrophié; l'épaisseur des parois du ventricule droit est énorme, elles mesurent de 20 à 22 millimètres ; celles de l'oreillette sont aussi épaissies. Les valvules de l'artère pulmonaire soudées ensemble laissent un orifice béant de 2 millimètres de diamètre. La communication des deux ventricules se fait par un orifice mesurant 6 millimètres de diamètre, situé au milieu des piliers de la cloison, au-dessous du septum membraneux qui est intact, mais très distendu.

L'auteur insiste sur le point de la perforation interventriculaire, sur l'apparition tardive et intermittente de la cyanose, et il se demande s'il n'y aurait pas eu perforation congénitale de la cloison, puis plus tard sténose pulmonaire entraînant l'hypertrophie droite, la stase sanguine, la cyanose et la tuberculose (?) H. L.

VI. — L'auteur rapporte l'observation d'un homme de cinquante-sept ans qui entra à l'hôpital pour un épanchement pleurétique du côté gauche, s'accompagnant de bronchite chronique. L'examen du cœur permettait d'entendre à la pointe un léger souffle systolique ; au tiers inférieur du sternum un bruit de souffle diastolique très fort et prolongé ; au foyer d'auscultation de l'aorte, un souffle également diastolique moins net. Le ton diastolique de 'artère pulmonaire est plus fort que celui de l'aorte.

A l'autopsie, on trouva les valvules aortiques et mitrales saines; l'orifice pulmonaire non rétréci, et ses valvules saines également; le trou de Botal persistait sous forme d'une fente mesurant 6 millimètres 1/2 de hauteur et 3 à 4 millimètres dans le sens antéropostérieur. Dans les poumons, infiltration tuberculeuse et quelques cavernes.

L'auteur se demande si le vice congénital du cœur n'a pas pu jouer un certain rôle dans la production de la tuberculose? Il insiste sur ce souffle diastolique, qui ne peut s'expliquer que par la persistance de l'orifice interauriculaire : il serait dû à la pression plus forte du sang dans l'oreillette droite que dans la gauche; le courant sanguin, par suite, se ferait de droite à gauche. H. L.

VII. — Dans cette curieuse observation, on nota une altération particulière de tout le système veineux et des troubles physiologiques qui ont retenti principalement sur le cœur droit :

Un jeune homme de vingt et un ans, d'une constitution assez robuste, est atteint, vers l'âge de quinze ans, de battements cardiaques et d'une gêne de la respiration qui, plus tard, n'a fait que s'accroître. Dans les trois années qui suivent, les jambes, les genoux, le scrotum, l'abdomen deviennent le siège de dilatations veineuses, et depuis quelque temps une douleur précordiale apparaît par instants : actuellement les téguments de la face, du cou et de l'abdomen offrent une coloration bleuâtre, violacée, comme s'il y avait stase dans le système capillaire général. Les veines du cou sont turgides et noueuses, présentant des battements isochrones à la systole cardiaque; les veines des membres supérieurs sont également turgides et violettes, mais nullement dilatées; les mains sont froides, les ongles cyanosés.

De la région sous-ombilicale à la région scrotale, nombreuses irradiations veineuses, nombreux tubes bleuâtres, très volumineux, sillonnant ces régions en tous sens. En même temps que le cirsocèle, on constate un varicocèle énorme, et sur les membres inferieurs, particulièrement à la face externe des cuisses, et sur toute l'étendue des jambes, de nombreuses veinules serpentines et sinueuses, d'un bleu noirâtre.

L'examen de la région précordiale dénote une vibration ondulatoire, une matité de 10 à 12 centimètres transversalement en rapport surtout avec le cœur droit, et un bruit de souffle râpeux, systolique, ayant son maximum d'intensité en dedans du mamelon gauche. Dans les carotides, dans les crurales, souffle systolique; hypertrophie considérable du foie et de la rate; irrégularité du pouls et des battements cardiaques; abaissement de la température; urines normales.

A quelle cause rapporter ces troubles physiologiques? Y a-t-il compression de la veine cave inférieure près de l'oreillette droite? Y a-t-il insuffisance mitrale avec dilatation du cœur et insuffisance tricuspidienne secondaire? Y a-t-il communication des deux ventricules du cœur, suivant l'opinion du professeur Peter? Ou enfin, vu le siège des différentes lésions aux points de contact de la circulation artérielle et de la circulation veineuse, ne peut-on pas penser, ainsi que le suppose M. Duret, à un arrêt de développement de l'appareil vasculaire, à une altération congénitale survenant à l'une des phases d'évolution du cœur et des vaisseaux? Telles sont les différentes hypothèses qui ont été émises sur cette rareté pathologique. OZENNE.

C. *Ruptures et traumatismes du cœur.*

I. — **Recherches cliniques et expérimentales sur les ruptures valvulaires du cœur, par E. BARIÉ** (*Revue de médecine, février, avril et juin* 1881).

II. — **Zur Casuistik seltener Herzerkrankungen, par LINDMAN** (*Deutsch. Arch. für klin. Medic., Band XXV, Heft* 4 *et* 5, *p.* 498, 1880).

III. — **Rupture of the right auricle of the heart (Rupture de l'oreillette droite du cœur, par DUFFEY** (*The Dublin journ. of med. Sc., p.* 84, *juillet* 1881).

IV. — **Traumatic cardiac hernia, par LAMBERT** (*The Lancet, vol. II, p.* 261, 1880).

I. — Il existe un certain nombre de cas de ruptures du cœur intéressant seulement l'appareil valvulaire (valvules, cordages tendineux, colonnes charnues) sans être accompagnées de déchirure des parois du cœur, ni de lésion de la cage thoracique. Ces ruptures valvulaires sont beaucoup plus rares que les ruptures cardiaques intéressant les parois des ventricules, des oreillettes ou les cloisons intercavitaires. En effet, trente-huit cas environ, y compris sept faits inédits, représentent l'histoire clinique de ces ruptures spéciales, ce qui est peu relativement au nombre considérable de ruptures communes consignées dans les recueils.

Les ruptures valvulaires occupent tantôt les sigmoïdes aortiques, tantôt les valvules auriculo-ventriculaires. Dans les observations réunies par Barié, seize fois elles occupaient les valvules aortiques, seize fois la mitrale, trois fois seulement la valvule tricuspidienne. Il n'existe pas de cas de rupture de sigmoïdes pulmonaires.

Les ruptures valvulaires sont : les unes, d'origine spontanée et succèdent alors le plus souvent à un effort violent, les autres sont consécutives à un choc brusque et intense et portant sur la cage : sur seize cas de ruptures sigmoïdiennes, six avaient pour origine un traumatisme, les dix autres étaient nés spontanément ; sur seize cas de rupture de l'appareil valvulaire mitral, trois avaient été causés par un choc thoracique. douze s'étaient produits d'une manière spontanée; des trois cas de ruptures de la tricuspide, un seul avait été causé par un traumatisme au niveau de la poitrine.

Quand la rupture occupe les sigmoïdes aortiques, elle siège de préférence sur la valve correspondant à la cloison interventriculaire, et spécialement au niveau du point d'implantation de celle-ci sur l'orifice aortique ; si, au contraire, la lésion a porté sur la mitrale, en aucun cas elle n'intéresse le voile valvulaire lui-même, mais sept fois elle a rupturé les cordages tendineux, quatre fois les colonnes charnues, une fois seulement les cordons tendineux en même temps qu'une des colonnes charnues. Pour la tricuspide, dans un cas, sur trois consignés dans le mémoire, la rupture occupait la valve elle-même.

Quelle que soit l'origine des ruptures valvulaires, spontanée ou traumatique, elles s'annoncent, pour la plupart, par un certain nombre de signes communs: douleur vive, déchirante au niveau de la région précordiale, dyspnée extrême, quelquefois une ou plusieurs attaques syncopales. Les signes fournis par l'auscultation indiquent seulement la pré-

sence d'une insuffisance valvulaire, mais n'indiquent en rien que cette insuffisance soit le résultat d'une rupture valvulaire.

La plupart des ruptures spontanées se produisent après un effort violent; c'est dans le mécanisme de cet acte physiologique qu'il faut chercher les éléments de production de ces lésions cardiaques.

Le plus grand nombre de cas de rupture traumatique de la mitrale se produit vraisemblablement au début de la systole ventriculaire; mais il est permis de supposer que quelques-unes de ces lésions sont nées pendant le repos du cœur (diastole).

Les ruptures des sigmoïdes aortiques par traumatisme se produisent pendant la diastole.

Le pronostic des ruptures valvulaires est grave : sur trente-cinq observations, vingt-quatre ont été suivies d'autopsie. Pour les ruptures sigmoïdiennes, il est plus grave quand la déchirure occupe une des valvules surmontées par l'embouchure des artères coronaires. Pour les ruptures de la mitrale, le pronostic semble plus sérieux quand la lésion porte sur une colonne charnue plutôt que sur les cordages tendineux.

Il est possible de produire expérimentalement des ruptures valvulaires du cœur, en exagérant la pression supportée normalement par l'aorte pour rompre les sigmoïdes, en augmentant considérablement la tension qui pèse sur la valvule auriculo-ventriculaire gauche pour rompre la mitrale; mais s'il est relativement assez aisé de rompre les valvules aortiques, il est très difficile de produire une rupture de la mitrale, les parois cardiaques se rompent sous une pression inférieure à celle qu'il faudrait développer pour déchirer la valvule.

Si l'on cherche à mesurer avec le manomètre la pression nécessaire pour rompre une valvule, on trouve des résultats fort variables; la pression a oscillé dans les expériences sur les sigmoïdes entre 116 millimètres de mercure et 484 millimètres, chiffre maximum. Ces résultats si différents n'ont rien qui doivent surprendre, la résistance à la pression varie évidemment pour chaque cœur, suivant l'intégrité plus ou moins grande de la fibre cardiaque. L.

II. — Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, robuste, sans antécédents morbides bien saillants et qui, dans tous les cas, n'avait jamais eu de rhumatisme. Au milieu d'une très bonne santé apparente, à la suite d'un violent effort, il fut pris d'une syncope, en même temps qu'il lui semblait que quelque chose venait de se déchirer dans l'intérieur de sa poitrine. A partir de cette époque, il devint sujet à de la dyspnée, à des palpitations très pénibles et à de la toux; il eut même quelques hémoptysies. Ces accidents affectaient une intensité assez grande pour mettre le patient dans l'impossibilité de vaquer à ses occupations de machiniste. Quatre mois plus tard, il souffrait tellement de dyspnée qu'il se fit admettre à l'hôpital de Giessen, dans le service de Riegel. On reconnut une insuffisance aortique. Le 21 octobre suivant, c'est-à-dire cinq mois après l'apparition des premiers accidents, le malade succomba à un violent accès de suffocation. A son autopsie on trouva une hypertrophie considérable du ventricule gauche avec insuffisance de la valvule aortique. Cette insuffisance était causée par l'arrachement de leur lieu d'insertion de deux valves qui avaient contracté entre elles des adhérences inflammatoires.

L'auteur fait suivre cette observation de l'analyse des principaux cas d'arrachement d'une valvule du cœur parus jusqu'à ce jour, et dont plu-

sieurs ne se trouvent pas mentionnés dans les traités classiques. L'examen de ces faits curieux le conduit à cette conclusion, que toujours l'arrachement d'une valvule est provoquée par un violent effort musculaire qui agit à titre de cause occasionnelle. Cela explique pourquoi cet accident a été à peu près exclusivement observé chez des hommes et à l'âge moyen de la vie (19 à 54 ans).

Toujours les malades, au moment où l'arrachement s'était produit, ont ressenti une douleur violente dans la région du cœur, souvent aussi la sensation de quelque chose qui se déchirait dans la poitrine. A partir de ce moment, survenait le cortège des troubles fonctionnels symptomatiques d'une lésion cardiaque, en même temps que l'examen objectif révélait l'existence d'une insuffisance aortique ou mitrale. Le temps qui s'est écoulé entre le moment où s'est produit l'accident et celui de la mort ne dépasse jamais cinq ans; dans un cas, le malade succomba au bout de quinze jours.

Lindmann rapporte ensuite un cas de rétrécissement du cône artériel aortique chez un jeune homme de dix-neuf ans, qui, depuis son enfance, passait pour avoir une lésion cardiaque. Il fut amené à l'hôpital dans le cours d'une fièvre typhoïde et succomba aux accidents d'un épanchement pleural survenu à titre de complication. De son vivant on avait constaté à l'examen du cœur tous les signes d'un rétrécissement aortique. A l'autopsie, on reconnut que l'orifice aortique avait ses dimensions normales. Par contre, en amont de cette ouverture, la portion du ventricule que les anatomistes allemands décrivent sous le nom de cône aortique, se trouvait rétrécie sous forme d'un anneau de tissu dense à rebord libre saillant dans lequel on pouvait avec peine introduire l'extrémité du petit doigt et dont la circonférence mesurait à peine 4 centimètres.

Trois autres cas semblables ont été publiés, l'un par Leyden, l'autre par Allis et le troisième par Lauenstein. Il s'agit là, au dire de Lindmann, d'une lésion qui remonte aux premiers temps de la vie et qui se traduit à l'examen physique absolument par les mêmes signes que le rétrécissement aortique. Aussi Lindmann estime que quand on découvre ces signes chez un sujet qui fait remonter son affection cardiaque à la première enfance, et que le rétrécissement cardiaque est sans complication d'insuffisance, on a de grandes chances de poser le diagnostic exact en admettant l'existence de ce rétrécissement du cône aortique.

Notons, en passant, que Dittrich, Bernard et Burns ont publié des cas d'une lésion analogue intéressant le cœur droit, autrement dit de rétrécissement du cône artériel pulmonaire. F. LABADIE-LAGRAVE.

III. — Un homme de soixante-six ans est trouvé évanoui dans sa chambre, les vêtements roussis et à demi-brûlés. On l'apporte à l'hôpital, il reprend ses sens, raconte qu'il a eu une syncope, qu'il est tombé, et qu'il a renversé dans sa chute une lampe à pétrole, laquelle a mis le feu à ses vêtements. Une heure après, il a une seconde syncope et meurt. On trouve à l'autopsie un caillot de sang dans le péricarde et une fissure de près d'un pouce au niveau de l'oreillette droite du cœur. L'organe avait subi la dégénérescence graisseuse.

L'intérêt de ce cas est la survie relativement considérable du sujet après sa première syncope, qui indiquait le moment de la rupture : c'est là un fait à l'appui des idées de Walshe, qui admet que l'hémorragie peut se faire en deux temps, et que le caillot qui se produit peut momentanément obturer la fissure. H. R.

IV.—Un homme de quarante-huit ans était occupé à hisser des pièces de fer lorsqu'une barre longue de 25 pieds environ et épaisse de 3 pouces se détacha et, tombant de plus de 10 pieds de haut, vint frapper par sa pointe la région précordiale de l'ouvrier.

La perte de connaissance fut immédiate et dura près d'une demi-heure. Revenu à lui, le malade ne parle qu'avec peine, tant le moindre effort le fait souffrir.

L'examen direct révèle une fracture comminutive des deuxième, quatrième, cinquième et sixième côtes gauches. Pendant la toux, pendant les profondes inspirations, la région précordiale est soulevée dans une étendue de 4 centimètres carrés par une tumeur faisant un relief de 2 centimètres ; cette tumeur, animée de battements isochrones à ceux du pouls n'est autre que le cœur lui-même.

Le traitement consista dans une compression douce, un repos absolu et une cuirasse inamovible du côté blessé. La guérison était complète au bout de trois semaines. V. CAMPENON.

D. *Pathologie générale et séméiotique.*

I. — De l'arrêt mécanique et instantané des palpitations du cœur, par LARDIER (*Mém. de la Soc. de méd. de Nancy, p.* 47, 1879-80).

II. — De quelques troubles mécaniques de la circulation du sang dans les maladies du cœur et dans la compression des vaisseaux (étude mécanique et clinique), par F. BEAUDOUIN (*Thèse de Paris*, 1881).

III. — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque, par Ch. TALAMON (*Thèse de Paris*, 1881).

IV. — On a remarkable heart murmur, heard at a distance from chest wall, par W. OSLER (*Med. Times and Gaz.*, 9 *octobre* 1880).

V. — Ueber accidentelle diastolische Herzgeraüsche (Des bruits de souffles accidentels diastoliques), par WEISS (*Wien. med. Woch.*, *n°* 6, 1880).

VI. — Functional murmur in the pulmonary artery (Des souffles fonctionnels qui se produisent dans l'artère pulmonaire), par J. NIXON (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 193, *septembre* 1881).

VII. — Contribution à l'étude des souffles cardiaques dans l'ictère, par E. DEMANGE (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy, p.* 27, 1879-1880).

VIII. — Beiträge zur physik. Diagnostik des Herzens (Signes physiques fournis par l'exploration du cœur), par A. SCHOTT (*Centralb. f. die med. Wiss.*, *n°* 23, 1881).

IX. — De l'emploi du chloroforme dans les affections cardiaques, par VERGELY (*Union médicale*, 9-11-14 *septembre* 1880, *in Soc. méd. des hôpitaux*).

I. — On sait depuis longtemps qu'on peut influencer les battements du cœur par l'arrêt forcé de la respiration dans l'attitude de l'effort. Quelques individus jouiraient même de la faculté de suspendre complètement les mouvements cardiaques. L'auteur déclare avoir arrêté plusieurs fois des palpitations tumultueuses du cœur par ce qu'il appelle l'attitude congestive. Ses observations se rapportent à des chlorotiques nerveuses. Pour recourir à ce moyen, il faut être certain que les artères et les veines sont en bon état. A. MATHIEU.

II. — Les principales conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer de son travail sont les suivantes :

La tension veineuse n'est pas accrue d'une façon générale par le fait d'une maladie du cœur. La dilatation passive du cœur, les lésions aortiques, lorsqu'elles sont isolées, font baisser la tension dans les veines.

Les lésions mitrales accroissent la tension dans la petite circulation. Elles n'accroissent la tension dans les veines que si elles se compliquent d'insuffisance tricuspidienne.

Toutes les maladies du cœur ralentissent la circulation du sang. Elles en diminuent la vitesse quantitative et la vitesse moléculaire, au moins au niveau des capillaires.

Les anévrismes de l'aorte sont sans action directe sur la pression et la vitesse de sang dans l'arbre circulatoire. Leur présence tendrait même à diminuer le travail du cœur. Les désordres qu'ils occasionnent proviennent donc toujours des lésions concomitantes du cœur et de la paroi des vaisseaux.

L'athérome généralisé et l'asthénie vasculaire amènent, soit directement, soit indirectement, un ralentissement de la vitesse du sang. Ils sont presque sans action sur la pression.

Les symptômes asystoliques, spécialement l'œdème, sont dus à deux causes : à l'augmentation de la pression lorsqu'il existe une lésion tricuspidienne, au ralentissement du cours du sang dans les autres cas.

Le ralentissement moléculaire du cours du sang est une cause active et fréquente d'œdèmes. L'accélération du courant est, au contraire, une cause de résorption des épanchements. C'est, en partie, en activant le cours du sang que le nitrate de potasse et la digitale favorisent la résorption des épanchements, et que l'exercice modéré est utile dans l'hygiène des maladies du cœur.

L'ascite, la compression des vaisseaux de tout un segment du corps, l'élévation des membres, en un mot tout ce qui retranche une partie du corps à la circulation du sang, amènent une accélération du pouls; il se produit un ralentissement après l'évacuation du liquide de l'ascite, après qu'on fait cesser la compression ou l'élévation.

Cette accélération du pouls est produite par une diminution de travail du cœur.

Le travail systolique du cœur est proportionnel à la différence entre la tension artérielle et la tension veineuse.

On observe souvent dans l'ascite un souffle systolique vers la pointe du cœur. Ce souffle disparait quelquefois après l'évacuation du liquide. Il est dû, ainsi qu'un dédoublement du second bruit (?) avec lequel il peut alterner, à une dilatation passive du cœur consécutive à l'augmentation de pression dans les vaisseaux.

(Les treize observations citées n'ont pas toute la précision nécessaire pour fournir une démonstration; aucune tentative n'a été faite pour apprécier avec quelque exactitude les modifications de la pression vasculaire). G. HOMOLLE.

III. — L'auteur se propose de montrer que les altérations hépatiques qui surviennent dans le cours d'une affection cardiaque peuvent avoir beaucoup plus de gravité qu'on n'est porté à leur en attribuer, et, en

second lieu, que les lésions conjonctives de l'espace porte sont, à des degrés divers, la règle presque absolue.

Il résume ainsi son travail :

1° Dans les modifications subies par le foie dans les affections du cœur, tout n'est pas sous la dépendance directe de la lésion cardiaque. Il existe constamment une lésion qu'on doit regarder comme une lésion concomitante et qui, vraisemblablement, est de même date que l'endocardite, cause de l'affection valvulaire : c'est l'artérite des artérioles hépatiques, et il est naturel de rapporter à cette endo-périartérite les cas où l'on ne constate que l'épaississement fibroïde et la sclérose des espaces portes;

2° Cette sclérose, plus ou moins marquée, constitue, avec la sclérose de la veine centrale intralobulaire et la dilatation des capillaires, la forme ordinaire du foie muscade, le degré le plus simple de l'altération désignée sous le nom de foie cardiaque ;

3° Jamais il n'y a de production conjonctive autour de la veine centrale. Sur ce point, les treize autopsies, rapportées dans le mémoire, jointes aux vingt observations de Wickham Legg, forment un ensemble de preuves suffisantes pour permettre d'affirmer que la cirrhose périveineuse centrale n'existe pas ;

4° Quand la cirrhose se produit dans le foie cardiaque, c'est autour des ramifications de la veine porte qu'on l'observe, comme dans le foie granulé des buveurs. La congestion veineuse chronique retentit aussi bien sur le système porte que sur le système sus-hépatique, et la gêne circulatoire des veines périlobulaires a les mêmes conséquences que les thromboses expérimentales produites dans ces veinules par la ligature du tronc porte. Elle amène une infiltration embryonnaire des espaces triangulaires dans un premier stade et à la longue toutes les lésions de la cirrhose veineuse multilobulaire ;

5° Il faut donc distinguer dans le foie cardiaque deux ordres de lésions : celles qui tiennent à la périartérite et qui rentrent dans la classe des altérations générales fibroïdes ou scléreuses, formant le substratum anatomique de ce qu'on a appelé la diathèse fibroïde, ce sont des lésions concomitantes ; celles qui tiennent à la lésion cardiaque même et qui sont le résultat de la gêne circulatoire de tout le système veineux hépathique : *a*) *lésions intralobulaires :* dilatation et sclérose de la veine centrale ; dilatation des capillaires ; aplatissement des cellules ; *b*) *lésions extralobulaires :* prolifération embryonnaire de l'espace porte et cirrhose plus ou moins étendue, pouvant aller jusqu'à la cirrhose multilobulaire vulgaire;

6° La possibilité de cette cirrhose multilobulaire explique les cas d'ascite qu'on voit se former et se reproduire chez certains cardiaques. indépendamment de l'œdème des membres inférieurs et malgré le rétablissement de la tonicité musculaire du cœur;

7° Enfin, il peut se produire, comme conséquence ultime des altérations subies par le foie dans les maladies du cœur, une forme d'ictère grave qu'on ne trouve pas indiquée par les auteurs. Les phénomènes cliniques sont ceux de l'ictère typhoïde.

L'aspect du foie dans ces cas est variable : tantôt il y a simple destruction granulo-graisseuse des cellules hépatiques, comme dans l'atro-

phie jaune aiguë, tantôt le foie est transformé en une sorte de gangue scléreuse où sont disséminés des débris des cellules. On trouve toujours dans ces cas une inflammation très prononcée des canalicules biliaires; c'est à l'obstruction de ces canalicules qu'il faut sans doute rapporter l'ictère, dont la gravité s'explique par des altérations profondes subies par le parenchyme hépatique. G. HOMOLLE.

VI.— Fille de douze ans, bien portante, mais jamais très robuste. Elle eut une pneumonie à dix-huit mois, la rougeole à trois ans et la scarlatine à neuf ans. La malade étant déshabillée et assise sur une chaise, on note les faits suivants : l'expansion de la poitrine est égale des deux côtés; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, dans sa position normale. Aucune voussure de la région cardiaque, pas de malformation des articulations costo-sternales. Impulsion cardiaque forte; matité précordiale normale.

Auscultation. Lorsque la malade est assise, les bruits cardiaques sont normaux; lorsqu'elle se tient debout, on entend à la pointe du cœur un souffle systolique, musical, à timbre élevé; son maximum d'intensité est situé dans le cinquième espace. L'intensité de ce souffle varie. Il est fort pendant trois ou quatre battements, faible pendant les deux battements suivants. Il est sous l'influence de la respiration. On peut percevoir le souffle à plusieurs pouces de la paroi thoracique.

Le souffle ayant disparu subitement et sans cause apparente, on fit courir la malade afin de le faire reparaître, mais sans succès. Elle fit remarquer alors que le bruit devenait plus fort lorsqu'elle s'asseyait, les épaules penchées en avant. On lui fit prendre la position indiquée, et immédiatement le souffle se fit entendre, plus fort qu'auparavant.

L'auteur eut l'occasion d'examiner la malade plusieurs fois depuis. Souvent le souffle faisait défaut; avec le temps il diminua d'intensité et de fréquence.

Ajoutons que ce souffle était systolique, qu'il existait en même temps que le premier bruit du cœur; celui-ci était peut-être plus net lorsque le souffle faisait défaut.

Ebstein a réuni quatre observations de ce genre. Dans tous les cas, le souffle finit par disparaître. J. B. H.

V. — Les souffles indépendants des lésions organiques des orifices du cœur coïncident presque toujours avec la systole. Friedreich cite une exception à cette règle universellement admise en Allemagne. Il s'agissait d'un souffle diastolique au niveau du ventricule gauche, chez un sujet dont le cœur fut trouvé sain à l'autopsie. Voici 3 cas analogues à celui de Friedreich et se rapportant comme celui-ci à des tuberculeux :

1. — Une femme de 57 ans se présente avec des signes de pleurésie gauche; on entend à gauche du sternum, dans le 4e espace intercostal, outre un souffle systolique, un bruit diastolique qu'on peut comparer au claquement d'un fouet; ce bruit est perçu dans tout le 4e espace, jusqu'à la ligne mamelonnaire et conserve sa netteté pendant huit jours. On pose le diagnostic : rétrécissement et insuffisance de l'orifice mitral. A l'autopsie, le cœur ne présente d'autre lésion qu'une hypertrophie modérée du ventricule droit.

2. — Chez un tuberculeux atteint de pleurésie droite ancienne, on trouva un bruit diastolique aussi net que le précédent, avec maximum au niveau de la pointe, dans le 5e espace. Ce bruit disparaît pendant 2 jours pour se montrer de nouveau ensuite. L'auteur avait pensé dans ce cas à l'existence d'un bruit inorganique, et l'autopsie confirma le diagnostic.

3. — Un sujet de 41 ans présente des symptômes de catarrhe pulmonaire qui masquent pendant longtemps les bruits du cœur. Quand l'auscultation devient possible, on entend dans le 3e espace gauche un souffle diastolique

qui ne tarde pas à se percevoir dans toute la région précordiale. La digitale mit ce souffle au-dessus de toute contestation. L'auteur diagnostiqua un rétrécissement mitral avec dilatation secondaire du cœur droit. L'examen anatomique donna le même résultat négatif que dans les deux premiers cas.

L. GALLIARD.

VI. — L'auteur étudie sous ce titre les souffles que l'on connaît en France sous le nom de souffles fébriles et qui sont considérés par bon nombre de cliniciens comme des souffles extracardiaques. Les conclusions de son mémoire sont les suivantes :

Il existe dans l'artère pulmonaire des souffles indépendants de l'anémie ou de la compression directe du vaisseau. Ces souffles se rencontrent de préférence dans le cours du rhumatisme aigu, de la fièvre typhoïde, de toutes les fièvres adynamiques avec collapsus, dans la bronchite et l'œdème pulmonaire, enfin dans les affections du système nerveux, telles que myélite, méningite tuberculeuse, hystérie. D'autres causes mécaniques, comme par exemple la distension de l'abdomen par l'ascite, sont susceptibles de développer ces souffles. Ils n'ont que peu de valeur séméiotique, mais ils peuvent induire en erreur, parce qu'ils ressemblent beaucoup à des murmures péricardiques. H. R.

VII. — Dans deux cas d'ictère chronique, Demange a constaté l'existence d'un souffle mitral, dans un autre fait, d'un souffle tricuspidien avec battements des jugulaires. Il en conclut que les théories de Gangolphe et de Potain peuvent être également vraies suivant les cas.

A. MATHIEU.

VIII. — Après avoir rappelé combien sont trompeuses les indications fournies par la zone de matité complète de la partie découverte du cœur, et combien il est nécessaire de délimiter la matité totale, l'auteur indique un procédé de percussion qui lui paraît donner des résultats tout à fait exacts : c'est le procédé de percussion à sourdine latérale, qui consiste à percuter sur le médius gauche pendant que l'index et l'annulaire de la même main appuient sur la paroi et empêchent dans une certaine mesure la diffusion des vibrations. Le même résultat s'obtiendrait mieux encore au moyen d'un plessimètre spécial, qui représente à peu près la disposition des doigts de la main gauche : il est formé d'une lame horizontale de caoutchouc durci, surmontée de quatre digitations verticales. On applique exactement les lames latérales sur la paroi que l'on veut explorer et l'on percute sur les digitations médianes. On saisit très nettement les limites de sonorité et de matité par la comparaison du son que donnent ces deux lames. Avec une percussion de force moyenne, on arrive à une grande précision dans la délimitation des organes; on peut reconnaître le déplacement que subit le cœur dans le décubitus latéral droit ou gauche, et l'on peut s'assurer que les limites de matité ne varient pas dans l'inspiration ou dans l'expiration.

Avec les procédés habituels de percussion, l'on a toujours des zones de diffusion qui empêchent de reconnaître exactement les limites exactes des organes; il faut donc s'efforcer de circonscrire le plus possible la zone vibrante au point percuté. Il importe de savoir (et il est facile de s'en convaincre) que les côtes, les cartilages costaux et le sternum sont des corps conducteurs qui modifient le son; les côtes sont les organes principaux de la diffusion du son. Aussi arrive-t-on à délimiter la matité

du cœur dans les espaces intercostaux, tandis que l'on a de grandes difficultés à le faire au niveau des cartilages costaux, où la matité est masquée par la diffusion latérale du son. C'est en effet au niveau des cartilages et du sternum que la diffusion est le plus prononcée, parce que dans ce point se trouvent réunies la plus grande flexibilité du thorax, la moindre courbure et l'union la plus intime de parties osseuses bonnes conductrices.

Pour délimiter le cœur, il faut éviter une percussion trop forte et une percussion trop superficielle; avec une force de percussion moyenne, on peut, par la méthode ordinaire, délimiter le cœur aussi exactement que par la méthode de la sourdine latérale.

Une percussion bien faite permet d'apprécier la dilatation temporaire du cœur qui se produit sous l'influence d'efforts musculaires, d'une course ou d'une lutte de quelques instants. Au contraire, on peut s'assurer que les exercices d'une gymnastique méthodique, lorsqu'ils ont une courte durée et qu'ils sont séparés par des pauses suffisantes, peuvent, dans le cas de dilatation cardiaque, produire en peu de minutes une diminution manifeste du volume de l'organe. L'excitation est suffisante pour donner un surcroît d'énergie momentané au cœur, qui se vide mieux; le repos rend au muscle sa force et son excitabilité pour répondre à des incitations nouvelles. G. HOMOLLE.

IX. L'auteur, après avoir rapporté trois observations qu'il a pu recueillir, donne les conclusions suivantes :

1° Les maladies du cœur ne sont pas une contre-indication formelle à l'emploi du chloroforme;

2° Le chloroforme est un sédatif très efficace contre les accès de douleurs thoraciques avec dyspnée, qui se montrent dans le courant des affections cardiaques;

3° Il doit être administré avec prudence en laissant pénétrer lentement dans les voies respiratoires un mélange d'air et de chloroforme. H. L.

E. *Affections organiques du cœur.*

I. — **Notes of a case of ulcerative endocarditis, par Crawford RENTON** (*Glasgow med. journ., vol. XIV, p.* 281, 1880).

II. — **Case of ulcerative endocarditis vith pyœmia, death from perforation of the heart, par John MAC KEATING** (*Transact. of the College of physicians, of Philadelphia*, 3e *série, t. IV, p.* 27, 1879).

III. — **Des anévrismes valvulaires du cœur, par G. LAURAND** (*Thèse de Paris*, 1881).

IV. — **Ueber « weakened heart » par FRAENKEL** (*Berlin. klin. Woch., n°* 1, *p.* 12 *et p.* 25, *janvier* 1880).

V. — **Ueber die eine Stenose bezeichnenden Rückströmungsgeraüsche (Bruits de souffles régurgitants symptomatiques d'une sténose), par G. CREMONESI** (*Allgem. Wien. med. Zeitung, n°* 17, 1880, et *Centralbl. f. die med. Wiss., p.* 681, 1880).

VI. — **Zur Lehre von dem Doppelton in der Schenkelbenge und den Kreislaufverhältnissen bei Aorten insuffisienz (Du double bruit crural et des conditions**

de la circulation dans l'insuffisance aortique), par H. SENATOR (*Zeitsch. für klin. Med., t. III, p.* 147, 1881).

VII. — A case of aortic and mitral valve disease ; secondary mitral valvulitis, direct venous pulse on the back of hands, par Walter G. SMITH (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 109, *janvier* 1881).

VIII. — A case of secondary mitral incompetency in aortic patency, with Cheyne Stoke's respiration, par C.-J. NIXON (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 101, *février* 1881).

IX. — Du rétrécissement de l'orifice tricuspidien, par Bedford FENWICK (*Path. soc. — Med. Times and Gaz.*, 29 *janvier* 1881).

X. — Heart starvation (L'inanition du cœur), par J.-Milner FOTHERGILL (*Edinb. med. journ., p.* 961, *mai* 1881).

XI. — The diagnosis of fatty heart, par J.-Milner FOTHERGILL (*The Practictioner, avril* 1881).

XII. — Du cœur cachectique, par DU CASTEL (*Soc. méd. hôp., in Union médic., août* 1881).

XIII. — Ueber den Einfluss von Krankheiten auf die Grösse des Herzens, par B. SPATZ (*Deutsch. Arch. für klin. Medic., Bd XXX, Heft* 1 *et* 2, *p.* 138, 1881).

XIV. — Kyste hydatique du cœur, par J. ARNAULD (*Bull. méd. du Nord, octobre* 1881).

I. — Homme âgé de 34 ans, ayant eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, la dernière 4 semaines avant le début de la maladie actuelle. Endopéricardite ancienne.

Début aigu par un frisson léger, de la céphalée, des vomissements, et de la douleur dans la région du foie. Forme typhoïde avec fièvre vive. Gros souffle systolique mitral. Pétéchies sur le tronc et l'abdomen ; teinte subictérique. Diarrhée fétide. Urines sanglantes. Mort dans l'adynamie au sixième jour. Les parasites n'ont été recherchés ni dans le sang, ni dans les urines.

Autopsie. — Cœur volumineux, avec adhérences péricardiques. Valvules aortique et mitrale épaissies, à bords végétants et friables. Une ulcération sur l'une des sigmoïdes de l'aorte, rate volumineuse, reins tuméfiés présentant 2 ou 3 infarctus coniques, et d'innombrables nodules purulents au centre, hémorragiques à la périphérie. Hémorragies multiples sous la tunique séreuse de l'intestin. Hémorragie sous-arachnoïdienne au niveau des lobes antérieurs et petits foyers de ramollissement rouge dans la substance cérébrale.

Amas de micrococcus dans les végétations cardiaques. Dans les reins, lésions inflammatoires aiguës des artères, et embolies de micrococcus dans les artérioles, les capillaires glomérulaires et intertubulaires. A. CHAUFFARD.

II. — Femme de 34 ans, entrée à l'hôpital avec une courbature générale, des douleurs articulaires rhumatoïdes, de la fièvre. Le cœur présente un souffle doux, systolique à la base, ainsi qu'un autre léger à la pointe, et les veines jugulaires témoignent par leur distension d'une certaine gêne circulatoire.

Les jours suivants, vomissements, élévation de température, suivis d'une période de calme et de rémission dans les symptômes. La malade semblait entrer en convalescence, quand elle fut prise brusquement de dyspnée, d'une douleur précordiale excessive ; avec palpitations cardiaques violentes. Un second accès du même genre, survenu à quelques heures de distance, entraîna la mort.

A l'autopsie, on trouve le sac péricardique rempli de sang provenant d'une déchirure de l'aorte au point de sa sortie du ventricule. Cette déchirure était elle-même le résultat d'un abcès valvulaire qui avait décollé les tuniques de l'aorte, et qui s'ouvrait, d'autre part, dans l'oreillette droite au voisinage de l'insertion de la valvule tricuspide. H. R.

III. — Les conclusions de ce travail sont les suivantes : La formation des anévrismes des valvules est sous la dépendance de deux facteurs : un processus destructif de l'un des feuillets de l'endocarde valvulaire, et la pression sanguine. Le feuillet valvulaire disparaît, le plus souvent, par le fait d'une endocardite aiguë, simple ou ulcéreuse, ou d'une endocardite chronique. Il peut être également détruit par l'athérome. L'anévrisme siège sur les valvules sigmoïdes de l'aorte ou sur les valves de la mitrale, il est tout à fait exceptionnel de le voir sur la tricuspide. Il est à remarquer que dans plusieurs cas les valvules sigmoïdes aortiques étaient au nombre de deux seulement. Les foyers anévrismatiques peuvent être le point de départ d'embolies capillaires, et même d'embolies volumineuses.

La marche de l'anévrisme est toujours la même : distension rapide ou lente, jusqu'à rupture. Dans la forme aiguë, qui est surtout en rapport avec l'endocardite aiguë et la production des abcès valvulaires, les lésions de nature inflammatoire évoluent vite; la rupture de l'anévrisme est rapide, la perforation fait communiquer deux ou plusieurs des cavités du cœur. Dans les cas chroniques, le sac, une fois formé, persiste plus ou moins longtemps; le plus souvent il se fait une ou plusieurs perforations fissuraires.

Aucun signe ne permet de diagnostiquer les anévrismes valvulaires : on doit songer à la perforation lorsque dans le cours d'une endocardite on voit les signes d'une insuffisance valvulaire s'ajouter ou succéder tout à coup aux signes du rétrécissement.

L'auteur a réuni 96 observations, trois sont inédites : obs. XIII, deux anévrismes sur chacune des deux valvules sigmoïdes; obs. XXXV, anévrisme de la valvule centrale rompu, embolie de l'artère fémorale; caillot prolongé dans toute la hauteur de l'aorte, ayant donné lieu pendant la vie à un double souffle le long de la colonne vertébrale; obs. XII : anévrisme valvulaire chez un homme affecté d'impaludisme chronique.

G. HOMOLLE.

IV. — Cocher d'une trentaine d'années, admis à l'hôpital pour une fracture de jambe. Dans la quatrième semaine de séjour dans le service de chirurgie il est pris, sans motif appréciable, de dyspnée qui, modérée le jour, devient de l'orthopnée la nuit; en même temps toux et expectoration difficile. Face et lèvres remarquablement pâles; un peu d'œdème des jambes. Absence complète du choc de la pointe du cœur; matité cardiaque normale. A la pointe, ainsi qu'au niveau de l'artère pulmonaire, le premier bruit s'accompagne d'un léger souffle, partout le second bruit est remarquablement étouffé et faible. Le pouls est à la fois peu ample, irrégulier et fréquent (108).

L'état du malade s'était amélioré depuis quelques jours, lorsque, une quinzaine après le début des phénomènes cardiaques, on vit apparaître chez lui un nouvel accident : Tout à fait subitement et sans aucune douleur, le pénis dans sa totalité devint le siège d'un gonflement considérable, rouge sombre, et de larges taches bleu noirâtre assez nettement délimitées qui, après avoir d'abord présenté l'aspect de simples épanchements sanguins se transforment

en véritables phlyctènes dans le cours d'une journée. Sur la ligne médiane de la face inférieure de la verge, on sentait un bourrelet rouge foncé, dur, épais de 2 à 3 millimètres; on voyait de chaque côté de nombreuses branches ramifiées. Cette thrombose disparut assez rapidement et l'état du patient s'améliora de nouveau au point qu'il put quitter le lit un mois plus tard. Le pouls restait toujours un peu irrégulier, bien que les bruits cardiaques fussent absolument nets et bien frappés; cependant la pointe commençait à battre de plus en plus en dehors de la ligne mamelonnaire.

Le malade succomba dans une syncope neuf mois et demi après le début de son affection.

Autopsie. — Dilatation très considérable des ventricules avec hypertrophie de leurs parois, plus marquée au cœur gauche. Épaississement et rétraction de cordages mitraux et du bord libre de la valvule correspondante. Nombreuses végétations grises, molles et récentes sur la face auriculaire de la mitrale une excroissance de même aspect, mais du volume d'un haricot, sur le bord libre de la valvule aortique, au niveau du point de contact entre les valves postérieure et droite. Myocarde décoloré mais encore assez ferme; au microscope, on constate un peu de dégénérescence graisseuse des fibres et l'existence d'un certain nombre de foyers conjonctifs dans la substance musculaire des parois ventriculaires.

Reins volumineux, durs et congestionnés avec nombreuses hémorragies de date ancienne ou récente; les autres organes sains. J. B.

V. — Les opinions émises dans ce travail diffèrent absolument de celles qui sont généralement reçues. L'auteur décrit la révolution cardiaque en trois périodes : 1° systole incomplète, lente, graduelle; 2° fin de la systole, brusque, soudaine; 3° diastole. Le premier temps est à chacun des deux autres dans le rapport de 2 à 1; pendant sa durée le ventricule chasse peu à peu le sang qu'il a reçu pendant la diastole; le second temps est le maximum de la systole, qui rapproche les valvules et produit l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire. Cette secousse, quasi convulsive, est suivie du relâchement, et pendant que la pointe est encore contractée, la base du ventricule cède, les valves s'abaissent et le sang se précipite dans le ventricule dont il produit la tension, c'est ce dernier temps, très rapide, qui constitue la diastole. Il n'y a pas de temps de repos.

Avec ces données physiologiques, on ne peut admettre un souffle diastolique prolongé dans le cas de rétrécissement mitral. L'auteur professe l'opinion que le souffle du rétrécissement mitral se produit pendant la systole, et qu'il a pour cause un reflux du sang du ventricule dans l'oreillette; il désigne ce souffle sous le nom de souffle régurgitant symptomatique de la sténose.

Pour expliquer la production du bruit, il suppose que pendant la première partie de la systole qui se fait graduellement, les valves qui ont été abaissées durant la diastole, ne sont pas encore au contact et le sang pénètre à la fois dans l'aorte et, à travers l'orifice auriculo-ventriculaire, dans l'oreillette qui reste béante jusqu'à la dernière partie de la systole. Ce reflux qui serait normal ne produirait du souffle que dans le cas de rétrécissement, quand les valves sont altérées et quand leur direction est modifiée. G. HOMOLLE.

VI. — Tout le monde, dit Senator, est d'accord pour faire du premier souffle crural, dans l'insuffisance aortique, un souffle artériel coïncidant avec la diastole de celle-ci et dépendant de la vibration de ses parois;

en revanche, on est loin de s'entendre sur la nature du deuxième souffle.

Tout récemment, Friedreich a montré, en publiant trois observations d'insuffisance aortique compliquée d'insuffisance tricuspide, que dans certains cas d'insuffisance aortique le double souffle ne se produit pas exclusivement dans l'artère crurale, comme on le pensait avant lui, mais que l'un des souffles se produit dans l'artère et l'autre dans la veine ; qu'il s'agit, par conséquent, dans ces cas d'un double souffle artérioso-veineux, que l'on a affaire à ce qu'il appelle « le double souffle crural mélangé. Gemischter crural doppelton ».

Senator a pu étudier deux cas analogues. Il recommande pour l'auscultation séparée des vaisseaux (veine et artère), son sphygmophone. Les deux cas qu'il a observés peuvent se résumer ainsi :

1° Insuffisance aortique et plus tard insuffisance tricuspide. Hypertrophie excentrique des ventricules. Battements du foie, de la veine jugulaire, de la veine crurale. Double souffle crural;

2° Insuffisance aortique et tricuspide. Hypertrophie excentrique des deux ventricules. Battements des veines jugulaires, du foie et des veines crurales. Souffle au niveau de la veine crurale précédant le souffle artériel. Disparition de pouls veineux dans les derniers jours de la vie.

Après la discussion approfondie de ces deux observations, Senator se demande comment il se fait que le pouls et le souffle de la veine crurale précèdent le pouls et le souffle artériel, comme cela a existé dans les deux observations qu'il publie, et dans 2 des 3 cas de Friedreich. Friedreich explique ce phénomène par le retard de l'ondée artérielle, et Senator fait remarquer que dans l'insuffisance aortique, presque toujours, sinon toujours, l'ondée du pouls progresse plus lentement qu'à l'état normal, ce qui dépend probablement de la diminution de la pression intraartérielle (car, comme l'ont montré les expériences de Moëns et de Grusnach, la rapidité de progression de l'ondée artérielle est en rapport direct avec la pression intravasculaire, elle augmente et diminue avec celle-ci).

Mais pourquoi le pouls veineux se fait-il entendre et percevoir avant le pouls et le souffle artériel? (Moëns a montré en effet que, toutes choses égales d'ailleurs, le pouls veineux se produit plus lentement que le pouls artériel). Senator explique ce phénomène en disant que, dans les observations précitées d'insuffisance aortique, les deux ondées sanguines (pouls) n'ont pas le même chemin à parcourir, mais que le pouls veineux parcourt un chemin beaucoup plus court que le pouls artériel. Le pouls doit parcourir dans l'artère une route plus longue que dans la veine, fait extrêmement important, et l'emportant de beaucoup sur toutes les influences qui agissent pour retarder le pouls veineux.

Senator fait remarquer que l'insuffisance tricuspide est une grave complication de l'insuffisance aortique, et que loin de dégorger le système de la petite circulation, de servir de lésion compensatrice comme dans l'insuffisance mitrale, elle est du pronostic le plus redoutable.

Quant à la rareté de cette complication (insuffisance tricuspide et hypertrophie de ventricule droit), elle tient probablement à ce que le malade étant emporté prématurément par des hémorragies cérébrales, des embolies, des maladies des reins, etc., celle-ci n'a pas le temps de se produire.

H. LELOIR.

VII. — L'auteur rapporte le fait d'un malade de 37 ans, atteint d'une affection cardiaque complexe, à la fois aortique et mitrale et parvenue à la phase d'asystolie. Une particularité remarquable consistait en des battements veineux visibles sur le dos de la main, et qui n'étaient pas le résultat de la transmission de l'impulsion artérielle. Celle-ci était extrêmement faible et la tension du pouls presque nulle. La pulsation veineuse s'arrêtait entre le point comprimé et le cœur dès qu'on plaçait le doigt sur la veine. Ce phénomène se manifesta pendant dix jours de suite et dura jusqu'à la mort du malade.

Cette pulsation veineuse des doigts de la main est l'objet, pour l'auteur, d'une discussion intéressante. Il rappelle que Bensen et Stokes l'ont interprétée dans le sens d'une véritable régurgitation se faisant de proche en proche; pour lui, les différences de tension artérielle considérables qui caractérisent l'insuffisance aortique constituent une cause prédisposante à ce pouls veineux; on ne peut admettre qu'il soit la conséquence d'une onde rétrograde transmise du cœur droit à la veine cave, puisqu'en comprimant la veine la pulsation cessait entre la partie comprimée et le cœur. Il en était de même dans un cas publié autrefois par Davis (*Dubl. Hosp. Rep.*, IV, 1827) et dans une observation de Graves (*Dublin jour.*, VI, 1835, p. 54). Ce phénomène peut se voir en dehors d'une affection cardiaque, quand le cœur bat fortement ce que la tension artérielle est très faible (faits de Ward, *Lond. med. Gaz.*, 1832; de Peter, *Clinique méd.*, t. II, etc.). King l'a également vu se produire chez une enfant atteinte de purpura hémorragique fébrile. H. R.

VIII. — Artilleur, âgé de 44 ans, atteint depuis 6 mois de dyspnée, d'impossibilité de faire des efforts soutenus. Syphilis antérieure 16 ans auparavant. Lors de son admission, on entend un fort bruit de scie au niveau de la région aortique, avec bruit de souffle diastolique à la base de l'aorte. A la pointe du cœur, le premier bruit est remplacé par un souffle doux systolique; l'organe est manifestement hypertrophié; simultanément, congestion des poumons et du foie, urines rares chargées d'urates, non albumineuses. Au bout de quelques jours, le malade présenta de la façon la plus nette le type respiratoire de Cheyne-Stokes, la période d'apnée étant de 22 secondes, celle de dyspnée, de 43 secondes : dans cette seconde phase, le pouls devenait lent et imperceptible. A ces symptômes, s'ajoutèrent de l'ascite, du purpura, des épistaxis. La mort survint par asphyxie.

L'autopsie fit voir un cœur très volumineux, avec dilatation excessive des cavités droites et gauches : une dilatation athéromateuse de l'aorte avec déformation des valvules sigmoïdes qui étaient insuffisantes; une dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire et de la valvule mitrale devenue également insuffisante. Les poumons présentaient de nombreux infarctus hémorragiques; le foie était congestionné avec cirrhose commençante; les reins offraient tous les caractères d'une sclérose avancée.

L'auteur fait suivre cette observation de remarques sur l'association de la lésion aortique et mitrale, cette dernière étant considérée par quelques auteurs comme compensant l'insuffisance aortique. Cette dernière affection comporte un pronostic bien différent suivant les circonstances : bénin chez les jeunes gens, dont le muscle cardiaque est vigoureux, surtout quand la régurgitation ventriculaire est faible; bénin également chez les vieillards, quand l'athérome des valvules sigmoïdes ne laisse passer qu'une petite quantité de sang en retour; par contre, le pronostic est très rapidement grave dans les cas de rupture des valvules sigmoïdes,

ou quand l'insuffisance tient à une maladie générale (syphilis, alcoolisme), qui a détérioré tout le système artériel et endommagé plus ou moins les viscères. Suivent des considérations sur la pathogénie de la respiration de Cheyne-Stokes, que l'auteur ne regarde pas comme la conséquence de la lésion aortique. H. R.

IX. — Sur les 46 observations réunies par l'auteur, il y a 41 femmes. La moyenne de l'âge de ces femmes était de 31 ans; celle des hommes, de 36.4 ans. Peacock a rapporté l'observation de rétrécissement congénital de la valvule tricuspide chez un enfant de sept mois; dans les 46 observations recueillies par l'auteur, un seul malade avait présenté des symptômes de lésion congénitale du cœur; 23 fois l'affection cardiaque avait été précédée de rhumatisme. Le degré de rétrécissement variait considérablement. Dans tous les cas, la valvule mitrale était rétrécie en même temps que la tricuspide, et généralement le rétrécissement mitral était plus prononcé que le rétrécissement tricuspide. Dans tous les cas, excepté un, l'oreillette droite était très dilatée; dans la moitié des cas, les valvules aortiques étaient lésées; dans le quart des cas, l'orifice aortique était rétréci. De ces faits, Fenwick tire les conclusions suivantes :

1° Le rétrécissement tricuspide n'est pas une affection aussi rare qu'on le croit habituellement ;

2° Il est plus commun chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de 7 ou 8 à 1 ;

3° Le rétrécissement tricuspide est toujours accompagné d'un rétrécissement mitral;

4° Dans la moitié des cas, les malades avaient été atteints de rhumatisme ;

5° Dans le quart des cas, un rétrécissement aortique coïncidait avec le rétrécissement tricuspide ;

6° Le rétrécissement tricuspide, chez l'adulte, est une maladie acquise, presque jamais congénitale;

En terminant, l'auteur dit que le rétrécissement double n'avait paru exercer aucune influence sur la durée de la vie des malades. J. B. H.

X et XI. — Dans ces deux articles, l'auteur signale la confusion regrettable qui peut être faite entre l'inanition du cœur (heart starvation) et sa dégénérescence graisseuse. Voici tout d'abord ce que l'auteur entend par l'inanition du cœur : chez certains individus dyspeptiques, les albuminoïdes sont assimilés en quantité trop peu considérable. Les muscles ne reçoivent plus une nourriture qui permette leur restitution, ils sont en quelque sorte pris par la famine. Le cœur, en sa qualité de muscle, subit comme les autres, cette pénurie. Le diaphragme s'affaiblit également, de là des battements faibles, un pouls petit, misérable, une dypsnée facile, hors de proportion avec le travail musculaire qui la détermine.

Le cœur graisseux ne se rencontre guère chez les jeunes gens qui ne se sont point livrés à la boisson ou à la débauche. Il se trouve surtout chez les vieillards athéromateux. L'athérome des artères coronaires favorise surtout sa production.

L'âge, l'existence de l'athérome sont donc, au point de vue du diagnostic, des circonstances importantes, et ce diagnostic mérite d'être fait, car l'inanition du cœur est susceptible de guérison. A. MATHIEU.

XII. — L'auteur rappelle d'abord qu'il existe une sorte d'hypertrophie physiologique chez les personnes âgées de plus de 50 ans, et qu'à cet âge la prédominance de capacité du ventricule droit sur le ventricule gauche tend à disparaître.

L'examen de cœurs recueillis sur des sujets âgés du plus de 50 ans, et morts de cancer stomacal, montre qu'ils sont petits, atrophiés; la capacité des ventricules, du gauche surtout, a beaucoup diminué. Il y a disparition de la surcharge graisseuse, diminution de la masse musculaire. La rétraction est moindre pour les oreillettes que pour les ventricules; le cœur prend alors la forme d'un gland dont les oreillettes forment la cupule, et les ventricules la graine. H. L.

XIII. — Spatz, qui travaille sous la direction de von Buhl, commence son mémoire par une série de recherches pour déterminer le volume normal des différentes cavités du cœur. Ces recherches sont à très peu de chose près confirmatives de celles de Bizot et Du Castel, sauf que pour lui, l'aorte seule se dilaterait avec l'âge, tandis que le ventricule irait s'atrophiant progressivement à partir de 60 ans. Il examine ensuite les questions suivantes :

A. *Influence des maladies fébriles sur les dimensions du cœur et des gros vaisseaux.* Les nombres moyens obtenus pour les hauteurs des ventricules sont un peu moindres que dans les circonstances ordinaires. Cette diminution porte surtout sur la hauteur du ventricule droit qui est sensiblement égale à celle du ventricule gauche.

Le calibre de l'aorte et de l'artère pulmonaire reste normal.

Sous l'influence de la fièvre typhoïde (152 observ.) chez l'homme, la hauteur du ventricule gauche augmente un peu, mais le calibre de l'aorte s'accroit en proportion. La hauteur du ventricule droit est sensiblement égale à celle du ventricule gauche. L'épaisseur des parois de chacun de ces compartiments est à peine modifiée. Chez la femme, la hauteur du ventricule gauche et le calibre de l'aorte ont été trouvés légèrement diminués, mais la différence est insignifiante. L'auteur conclut avec Engel et Du Castel que la fièvre typhoïde n'entraîne pas de modifications caractéristiques dans les dimensions du cœur et des gros vaisseaux.

De même les constatations faites dans 26 cas de pyémie puerpérale n'ont pas donné de résultats bien nets touchant l'influence exercée par cette maladie sur les dimensions du cœur.

Phtisie. Les recherches de Spatz sur 227 cadavres de phtisiques ont donné comme résultats moyens :

Une diminution notable de la hauteur du ventricule gauche (26^{mm}).

Pas de modifications appréciables du calibre de l'aorte.

Légère diminution des parois du ventricule.

Diminution de la hauteur du ventricule droit, beaucoup moindre qu'à gauche (1^{mm}).

Calibre de l'artère pulmonaire diminué plutôt qu'augmenté.

Pas de modification de l'épaisseur des parois du ventricule droit.

En somme, diminution du cœur surtout du ventricule gauche; pas d'hypertrophie compensatrice du cœur droit, comme on pouvait le supposer. Ces résultats généraux concordent avec ceux obtenus par d'autres observateurs. Spatz fait remarquer encore que la moindre différence entre la

hauteur du ventricule gauche et le calibre de l'aorte doit entraîner une diminution de tension dans le système artériel, par conséquent une résistance moindre avec accélération du pouls. Et c'est ce qui a été noté chez les phtisiques par Buhl entre autres.

Carcinome. La hauteur du ventricule est encore plus diminuée que sous l'influence de la phtisie et cette diminution portait indifféremment sur les deux ventricules. Chez l'homme le calibre de l'aorte est plutôt diminué qu'accru ; c'est plus manifeste encore sur l'artère pulmonaire. Ces données expliquent les caractères du pouls chez les cancéreux.

Atrophie granuleuse des reins. Pour les deux sexes, Spatz a trouvé un accroissement de dimensions pour les deux cœurs, prononcé surtout pour le ventricule gauche. Cet accroissement est en moyenne de 9^{mm} chez l'homme, de 12^{mm} chez la femme. L'aorte n'est pas dilatée en proportion (3^{mm} chez l'homme, 0^{mm} chez la femme.

Buhl a déjà insisté sur cette disproportion qu'il a caractérisée par la dénomination de sténose aortique relative ; il l'invoque comme argument principal contre les théories de Traube, de Gull et Sutton et il en fait la cause prochaine de l'hypertrophie cardiaque. Ce rétrécissement relatif de l'aorte, rend évidemment compte des caractères du pouls dans la néphrite interstitielle chronique.

Myocardite. — Les faits relevés dans deux tableaux (deux sexes) par l'auteur, démontrent que la myocardite suffit à elle seule à engendrer l'hypertrophie et la dilatation des ventricules du cœur. L'accroissement porte uniformément sur toutes les dimensions de l'organe.

Emphysème pulmonaire. — Dans les cas d'emphysème, les deux ventricules sont notablement dilatés sans épaississement sensible de leurs parois. A cette dilatation ventriculaire, correspond un accroissement du calibre de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Aussi, en raison de ces circonstances, la tension vasculaire n'est-elle pas accrue. Le pouls est plein, mais petit et dépressible ; il y a une tendance à la stase sanguine et à la dilatation des oreillettes.

B. *Rapports entre les dimensions du cœur et la taille corporelle.* Les recherches de l'auteur sur ce point, ont abouti aux conclusions suivantes :

Les dimensions du cœur augmentent parallèlement à la taille et au développement du corps; mais la croissance du cœur est relativement plus rapide. Ainsi le rapport de la taille à la hauteur des ventricules, va-t-elle en diminuant jusqu'à l'âge de 30 ans ; à ce moment, cette dernière dimension atteint son minimum. Puis ce rapport reste stationnaire jusqu'à un âge assez avancé et finit par décroître. F. LABADIE-LAGRAVE.

XIV. — R..., âgé de vingt et un ans, était sujet depuis quelques années à des lipothymies ; il pouvait cependant supporter les fatigues de la vie de soldat, quand le 9 juillet, les accidents lipothymiques survinrent de nouveau, mais bien plus accusés ; tout le tégument était cyanosé, manifestement refroidi ; en outre, on distinguait une éruption d'urticaire, confluente et généralisée. Le malade s'éteint dans un état syncopal, sans accuser de souffrances.

A l'autopsie, on trouve les lésions suivantes : au sommet du poumon gauche, se voient trois kystes hydatiques, à double enveloppe, à contenu incolore, gros comme des noix.

L'incision des rameaux de l'artère pulmonaire dans les deux poumons, montre que ces vaisseaux contiennent des lambeaux kystiques, à minces parois,

plissés et affaissés ; le tronc de l'artère est rempli d'hydatides de toutes dimensions, depuis le volume d'une tête d'épingle, jusqu'à celui d'une grosse aveline ; le ventricule droit contient un grand nombre d'échinocoques, libres ou enchevêtrées dans un caillot.

Le cœur, un peu volumineux, adhère de toutes part au péricarde pariétal ; les valvules et orifices sont sains ; les cavités gauches ne renferment aucun parasite. Les échinocoques du ventricule droit sont libres, tandis que dans l'oreillette droite il existe une tumeur demi-affaissée, avec une large ouverture, renfermant encore de petites hydatides ; elle est insérée par une assez large base au sommet de la voûte de l'oreillette droite, au-dessus de l'orifice de la veine cave inférieure.

Pas de kystes dans le foie, ni la rate.

L'auteur insiste sur les signes de l'embolie pulmonaire, état syncopal, cyanose, et algidité périphérique, et sur l'urticaire dont on connaît la valeur comme signe de l'ouverture artificielle ou spontanée des kystes hydatiques. H. L.

F. *Lésions de l'aorte et névroses cardiaques.*

I. — **Ein Fall von Innervationstörung des Herzens, par Rudolf BENSEN** (*Berl. klin. Wochensch.*, *n°* 17, *p.* 248, *avril* 1880).

II. — **Upon paroxysmal angina pectoris and other forms of cardiac pain, with some remarks on the diagnostic of fatty heart, par George BALFOUR** (*Edinb. med. journ.*, *p.* 769, *mars* 1881).

III. — **Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'angor pectoris par rétrécissement ou occlusion des artères coronaires du cœur, par B. ROUSSY** (*Thèse de Paris*, 1881).

IV. — **Étude clinique sur les embolies de l'aorte et recherches expérimentales sur la production des souffles cardiaques, par BARIÉ et DU CASTEL** (*Arch. gén. méd.*, *janvier* 1881).

I. — Professeur âgé de 52 ans, atteint de scoliose à convexité droite. Depuis plus de quinze ans il est par instants sujet à des palpitations, mais ce n'est qu'à partir de 1869 qu'il a eu les paroxysmes actuels qui reviennent à chaque écart de régime, à chaque rhume, à chaque émotion, ou même dans certains mouvements brusques ou sans cause appréciable.

Durant ces accès qui débutent brusquement, le patient éprouve une extrême lassitude, de l'anxiété et une sensation de vide dans la tête ; lorsque leur durée dépasse une heure, il est contraint de se coucher ; enfin, quand les accès sont très prolongés, le rétablissement complet des forces exige quelques semaines ; généralement la longueur des paroxysmes varie de 18 à 48 heures. Ils se composent de battements cardiaques extrêmement fréquents (180 à 200), dont l'intensité s'affaiblit au fur et à mesure de la fin de l'accès, alors le patient éprouve une douleur précordiale, et le pouls qu'on ne sentait pas, redevient perceptible, en même temps que l'angoisse disparaît.

Ni la température, ni la respiration ne sont modifiées pendant ces crises. Pouls de la jugulaire externe droite pendant l'accès.

La compression du pneumogastrique que le malade est arrivé à exécuter sur lui-même, est le seul moyen infaillible pour couper ces accès dépendant, sans nul doute, d'une paralysie passagère du pneumogastrique (*R. S. M*, V, 158; VI, 427; VIII, 477; XII, 48 et 542). F.B.

II. — Dans la leçon de Balfour, sur les diverses douleurs précordiales

ou cardiaques proprement dites, nous relevons quelques points intéressants de l'histoire de l'angine de poitrine. L'auteur insiste sur les variétés du tableau clinique que présente cette névrose. Tantôt c'est la grande attaque que tout le monde connaît, avec la petitesse, la lenteur du pouls, la pâleur de la face, et la mort subite qui peut en être la conséquence. Cette mort survient, d'une part, en raison de l'excès de la douleur, par le fait de la paralysie des ganglions nerveux moteurs intracardiaques.

D'autres fois, le tableau symptomatique est presque le même, sans que la gravité soit comparable. Il s'agit de manifestations hystériques qui simulent complètement la sternalgie. Des phénomènes de même ordre se rencontrent chez les chlorotiques et dans certaines formes d'anémie accompagnées de dyspepsie, comme chez les fumeurs, par exemple. Il existe alors ordinairement des palpitations cardiaques.

Il ne faudrait pas trop se fier pourtant à la valeur de ce caractère différentiel, ni croire à un pronostic trop bénin parce que l'on constate des palpitations. Balfour cite un fait qui démontre le contraire. Un homme de 24 ans, souffrant de palpitations depuis plus de trois mois, est atteint d'une hypertrophie cardiaque avec accentuation du second bruit pulmonaire et très léger souffle diastolique à la base : on le soumet à l'usage de l'iodure de potassium. Bientôt des attaques de douleur sternale paroxystiques se déclarent et la mort survient. On trouve à l'autopsie la lésion classique de l'angine de poitrine, à savoir : le rétrécissement des artères coronaires.

A l'exemple de la plupart des médecins français, Balfour considère l'angine de poitrine comme liée à un trouble de la circulation des parois du cœur qui surexcite les nerfs intracardiaques, en même temps qu'il affaiblit la contractilité musculaire.

Des phénomènes du même genre peuvent survenir par le fait d'une aortite aiguë, sous l'influence d'un traumatisme. Balfour en rappelle un exemple.

Au point de vue du traitement, il vante avant tout le nitrite d'amyle, le chloroforme et les injections de morphine.

En ce qui concerne le cœur gras, Balfour fait remarquer que les symptômes qui l'annoncent ne sont nullement ceux que l'on admet communément, à savoir : faiblesse du pouls, lenteur des pulsations cardiaques, assourdissement des bruits du cœur, diminution de la pression artérielle, tendances aux lipothymies : il cite un cas où la santé générale paraissait parfaite, sans modification aucune du pouls ni des bruits du cœur. H. R.

III.—Les parties originales de ce travail sont : 1° l'observation d'un homme de 37 ans, qui succomba subitement dans un effort et à l'autopsie duquel l'on trouva un rétrécissement considérable d'une des artères coronaires et une intégrité complète du plexus cardiaque ; 2° une série de sept expériences pratiquées sur des chiens pour apprécier les effets de l'occlusion des artères coronaires. Trois procédés ont été employés pour arrêter le cours du sang dans ces vaisseaux : la ligature, l'occlusion au moyen de pinces à pression, l'injection de poudre de lycopode. Les animaux étaient curarisés ou soumis à l'action de la morphine et du chloral, et pendant que l'on pratiquait la respiration artificielle, les artères étaient

dénudées aussi rapidement que possible et liées ou comprimées dès que le rythme des battements, un moment troublé, était redevenu normal. Les pulsations se ralentissaient presque immédiatement, puis, après un intervalle d'une minute à deux minutes et demi au plus, elles étaient remplacées par des trémulations fasciculaires qui annonçaient la mort ; elles ne reparaissaient pas lorsqu'on levait la ligature ou que l'on faisait cesser la compression ; l'application d'un courant électrique sur le cœur au moment où les battements allaient cesser, a paru précipiter plutôt que retarder la mort. Les résultats furent les mêmes sur un chien à qui l'on avait fait une injection sous-cutanée de daturine et paralysé ainsi les filets modérateurs du pneumogastrique ; il ne pouvait donc être question dans les expériences d'une excitation réflexe de ces nerfs sous l'influence de la douleur provoquée par la mise à nu et la ligature des artères.

G. HOMOLLE.

IV. — Dans une première partie, les auteurs rappelant les faits connus d'oblitération aortique par thrombose ou par embolie, esquissent rapidement l'histoire clinique comparative de ces deux ordres d'accidents. La thrombose de l'aorte est surtout le fait de l'athérome de ce vaisseau ; elle se manifeste par des phénomènes de paraplégie, d'abord intermittente, disparaissant par le repos, puis définitive. Le rétrécissement graduel de l'artère et l'établissement de la circulation collatérale rendent compte de l'absence ou de la rareté de la gangrène des membres inférieurs. Comme causes exceptionnelles de la thrombose aortique, il faut ajouter à l'athérome la compression de l'artère par une tumeur et l'artérite puerpérale ; cette dernière cause, signalée par les auteurs anglais et d'après eux par M. Hervieux, ne peut être acceptée qu'avec réserves.

L'embolie de l'aorte est plus fréquemment observée que la thrombose. L'embolus vient du cœur gauche où il s'est développé par le fait d'une endocardite rhumatismale ou puerpérale (Barié), d'un anévrisme de la pointe du cœur (Hijelt) ou spontanément de la lésion de l'endocarde (Tutchek) ; tandis que dans la thrombose aortique les conséquences de l'oblitération artérielle ne se montrent que lentement et graduellement, les symptômes de l'embolie aortique éclatent brusquement : le malade est pris subitement de douleurs aiguës, lancinantes dans la région lombaire et les membres inférieurs ; ceux-ci deviennent le siège d'une anesthésie complète, quelquefois précédée d'hyperesthésie, puis sont frappés d'une paraplégie absolue avec ou sans raideur tétanique. Les battements artériels sont supprimés au-dessous de l'oblitération, et, par suite de l'exagération de la tension sanguine, au-dessus de l'obstacle, on peut observer une diarrhée incoercible, de l'hématurie et des hématémèses. Enfin les extrémités inférieures froides et cyanosées se sphacèlent et la mort survient au milieu de phénomènes typhoïdes.

La malade qui a été l'occasion de ce travail était atteinte d'embolie aortique consécutive à une endocardite puerpérale que l'on n'a pu que soupçonner pendant la vie, en raison de la netteté des bruits du cœur. L'autopsie ayant permis de constater l'existence d'un rétrécissement mitral par caillot ancien de l'oreillette engagé dans l'orifice auriculo-ventriculaire, rétrécissement qui n'avait donné lieu à aucun bruit de souffle, les auteurs ont institué une série d'expériences propres à éclairer l'absence de ce signe physique dans certains cas particuliers, notamment

dans les rétrécissements orificiels par caillots sanguins ou par myxomes (cas de Lorne, de Curtis, de Debove) ; dans ce but, ils ont fixé verticalement sur un montant en bois une série de tubes en caoutchouc ayant tous la même longueur et la même largeur, de façon à pouvoir être mis simultanément en communication avec un courant d'eau venant d'un réservoir placé à la partie supérieure. Dans l'intérieur de chacun des tubes, et à la même distance de leurs extrémités, ils ont disposé un diaphragme en métal, perpendiculaire au grand axe du tube et perforé d'une ouverture dont la *forme* et la *position* variaient pour chaque tube. En auscultant ces tubes au moment du passage du courant, ils ont constaté :

1° Qu'un bruit de souffle se produit au moment où le courant d'eau franchit le diaphragme perforé ;

2° Que ce bruit de souffle a la même intensité dans chaque tube : qu'il s'agisse du rétrécissement central de forme circulaire ou elliptique, ou de rétrécissement latéral.

En ce qui concerne la *forme* et la *position* des rétrécissements orificiels les souffles pathologiques du cœur restent donc soumis aux lois établies par Chauveau.

Un autre élément doit être envisagé dans la production de ces souffles, c'est la *consistance* des parois de l'orifice. En effet, remplaçant dans leurs tubes en caoutchouc les diaphragmes métalliques par des corps étrangers de nature et de résistance variable (bois, liège, écheveau de fil, de coton, etc.), les auteurs ont constaté que le bruit de souffle existait toujours le même dans le cas où le rétrécissement était constitué par un corps dur et résistant, tandis qu'il était à peine perceptible quand le bouchon obturateur était remplacé par un corps mou, spongieux, tomenteux. Daus ce cas, suivant l'opinion dc M. Potain, la colonne sanguine se divise, s'éparpille, s'écoule en bavant en ne donnant naissance qu'à une onde sonore extrêmement faible. Cette interprétation s'applique aux faits cliniques signalés plus haut, de rétrécissement mitral par caillots sanguins ou myxomes.

P. MERKLEN.

GYNÉCOLOGIE.

TUMEURS DE L'OVAIRE ET DE L'UTÉRUS.

I. — **Ueber die Entwicklung der Corpora fibrosa in Ovarien (Développement des corps fibreux de l'ovaire)**, par **PATENKO** (*Arch. f. path. Anat., Band LXXXIV, p.* 193).

II. — **Ueber Tubeovarialcysten**, par **Henri BURNIER** (*Zeit. f. Geburts. u. Gynæk. Band V, Heft* 2).

III. — **Zur Pathologie des Ovarium, par FLAISCHLEN** (*Ibid., Band VII, Heft* 2).

IV. — **Kyste de l'ovaire rompu dans l'intestin la veille du jour de l'opération; péritonite; guérison, par G. TOURNAY** (*Le Scalpel*, 20 *novembre* 1881).

V. — **Extra-peritoneal ovariotomy, par MEREDITH** (*The Lancet, vol. II, p.* 297, 1880).

VI. — **On a new method of performing ovariotomy, par NŒGGERATH** (*New York med. journal, février* 1881).

VII. — **An undescribed source of danger in ovariotomy, par DRYSDALE** (*Amer. journ. of med. sc., p.* 444, 1881).

VIII. — **On axial rotation of ovarian tumours, leading to their strangulation and gangrene; three cases successfully treated by immediate ovariotomy, par Lawson TAIT** (*London obstetr. Transact., vol. XXII, p.* 86).

IX. — **A case of ovariotomy in which phlegmatia dolens followed the operation par Walter ATLEE** (*Amer. journ. of med. sc., p.* 102, 1880).

X. — **Entzundung der Ohrspeicheldrüsen als Complication von Ovariotomien (Parotidites à la suite des ovariotomies), par R. MORICKE** (*Zeit. f. Geburts. u. Gynæk., Band V, Heft* 2).

XI. — **A removal of uterine appendages for the arrest of uterine hœmorrage, par Lawson TAIT** (*The Lancet*, 28 *mai* 1881).

XII. — **Erfahrungen über Verlauf und Prognose der Uterusfibromyome, par A. RŒHRIG** (*Zeit. f. Geburts. u. Gynæk., Band V, Heft* 2, *p.* 265).

XIII. — **Ein Myoma Cervicis Uteri cavernosum, par J. GRAMMATIKATI** (*Arch. f. Gynæk., Band XVII, Heft* 1, *p.* 139).

XIV. — **Beitrag zur Lehre von den kystichen Unterbeibsgeschwülsten. Myoma lymphangiectodes ligamenti rotundi Uteri, par G. LEOPOLD** (*Arch. f. Gynæk., Band XVI, Heft* 3, *p.* 402).

XV. — **Tumeurs fibreuses utérines et grossesse, par DIÉTERLIN** (*France méd., p.* 112, 1882).

XVI. — **Méthode pour enlever les fibromes intra-utérins, par CLARKE** (*Amer. journ. of obstetrics, vol. XIII, p.* 875).

XVII. — **Interstitielles cervicales Myom; Enucleation; Heilung, par F. BENICKE** (*Zeit. f. Geburts. u. Gynæk., Band IV, Heft* 2, *p.* 283).

XVIII. — **Glückliche Exstirpation eines 45 Pfund schweren cystichen Uterusmyoms, unter Anwendung der elastichen Ligatur (Myome kystique du poids de 45 livres enlevé par la ligature élastique), par E. SCHWARZ** (*Arch. f. Gynæk., Band XVII, Heft* 3, *p.* 424).

XIX. — **Myotomie mit gleichzeitiger Kastration (Ablation d'un fibrome avec castration), par Adrian SCHUCKING** (*Centralblatt f. Gynæk., n°* 3, 1881).

XX. — **Oophorectomy for fibroid tumours of the uterus, par G. BALLERAY** (*American journ. of med. sc., avril* 1881).

XXI. — **Hystérectomie par la méthode sous-pubienne, par BEAUREGARD** (*Bull. Soc. chir., p.* 611, 1881).

XXII. — **Hystérectomie pour une tumeur fibro-sarcomateuse kystique de l'utérus, par TERRIER** (*Bull. Acad. de méd., X, n°* 11).

XXIII. — Hystéro-ovariotomie césarienne, par DESMAISON (*Gazette hebdomad.*, *p.* 534, 1880).

XXIV. — Opération césarienne avec ablation de l'utérus et des ovaires, par Elliott RICHARDSON (*Amer. journ. of med. sc.*, *janvier* 1881).

XXV. — Ablation d'une tumeur kystique, d'une partie de l'utérus et de l'ovaire gauche, par WASSEIGE (*Bull. Acad. de Belgique*, *XI*, *n°* 4).

XXVI. — Ein Uterusexstirpation mit unglücklichem Ausgang (Ablation de l'utérus; mort, par KRABBEL (*Cent. f. Gynæk.*, *n°* 19, 1880).

XXVII. — Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom; Drainage; Heilung, par P. REUSS (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XVII*, *Heft* 1).

XXVIII. — Ueber totale Exstirpation des Uterus von der Scheide aus, par SCHRŒDER (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XVI*, *Heft* 3).

XXIX. — Ueber die theilweise und vollständige Ausschneidung der carcinomatösen Gebärmutter (Ablation partielle et totale de l'utérus cancéreux), par Karl SCHRŒDER (*Zeit. f. Geburt. u. Gynæk.*, *Band VI*, *Heft* 2).

XXX. — Idem, par B. FREUND (*Ibid.*, *Band VI*, *Heft* 2).

XXXI. — Zur Tecknik der vaginalen Uterusexstirpation, par A. MARTIN (*Cent. f. Gynæk.*, *n°* 5, 1881).

XXXII. — Idem, par G. LINKENFELD (*Cent. f. Gynæk.*, *n°* 8, 1881).

XXXIII. — Sarcome du corps de l'utérus généralisé, par RAYMOND (*Progrès médical*, 10 *septembre* 1881).

XXXIV. — Ein Fall von Echinococcen der Bauchöhle, geheilt durch Laparo-Echinoccocotomie (Laparotomie pour un kyste hydatique), par K. SLAWJANSKY (*Cent. f. Gynæk.*, *n°* 20, 1880).

XXXV. — Meningocele sacralis anterior (Méningocèle de la région sacrée ponctionnée comme kyste), par E. KRONER et F. MARCHAND (*Arch. f. Gynæk.*, *Band XVII*, *Heft* 3, *p.* 444).

I. — Dans 76 autopsies de femmes, Patenko trouva douze fois de petites tumeurs ovariques, reconnaissables à l'œil nu : ce qui constitue une fréquence de 16 0/0, bien supérieure à celle qui est généralement admise. Cette divergence tient sans doute à ce que les auteurs précédents n'ont pas fait entrer en ligne de compte, les tumeurs de la grosseur d'un grain de chènevis à un pois, qui, au point de vue histologique, sont précisément les plus intéressantes. Voici comment l'auteur résume son travail :

1° Les corps fibreux des ovaires ont indubitablement pour points de départ, soit les corps jaunes, soit des follicules de moyen développement.

Pendant ce processus, le follicule primordial disparaît par suite d'une métamorphose colloïde.

2° Les corps fibreux se présentent sous deux aspects : *a* ceux qui sont creusés d'une cavité, *b* ceux qui constituent un bloc solide, sans trace d'espace vide ;

3° Pour aucune de ces deux formes on ne constate une croissance autonome ;

4° Des tumeurs fibreuses qui se développent réellement dans l'ovaire

ne peuvent guère atteindre que la grosseur d'un œuf de poule ou, au grand maximum, d'un œuf d'oie, c'est-à-dire le volume que peut à la rigueur atteindre l'ovaire lui-même ;

5° Dans ces cas, la tumeur résulte de la dégénérescence de tous les follicules et vaisseaux de l'organe ;

6° L'organe ovarique des fibromes volumineux que l'on prétend avoir trouvés dans l'ovaire est plus que douteuse.

Ce résumé est incomplet. Notons que pour l'auteur, le point de départ de tout ce processus est la sclérose de l'endothélium folliculaire (dans le sens de Slavjanski), et que l'existence ou la non-existence d'une cavité au centre du fibrome dépend de la présence d'une hémorragie à la suite de la rupture du corps jaune. C. Z.

II. — Il s'agit là d'une variété de kystes ovariens très rare : l'auteur en a observé un cas à la clinique de Schrœder, et n'a trouvé dans la littérature que 11 cas pouvant être sûrement rangés dans la même catégorie. Ces kystes sont formés en partie par l'ovaire, en partie par la trompe : le tissu ovarien occupe toute la surface extérieure du kyste, excepté la partie correspondant à la communication du kyste avec la trompe et la couche interne est tapissée, sinon entièrement formée par le tissu propre de la trompe.

Pour expliquer la formation de ces kystes, Richard, qui les a le premier bien observés et leur a imposé le nom qu'ils portent, avait imaginé la théorie dite de l'ovulation. Un follicule de Graaf, en voie de transformation kystique, arrive à maturité : la trompe s'applique sur l'ovaire au niveau de ce follicule, et au lieu de se retirer, contracte des adhérences avec l'ovaire malade. Le follicule, au lieu de se transformer en corps jaune, continue de sécréter un liquide morbide, qui distend d'un côté la trompe, de l'autre le tissu ovarien. L'auteur rejette cette théorie : 1° parce que l'application de la trompe sur l'ovaire au moment de l'ovulation est au moins problématique, ainsi que l'a fait remarquer Veit ; 2° parce qu'il est impossible, avec cette théorie, d'expliquer la présence des franges tubaires à la face interne de la paroi kystique. Or, elle a été constatée, non seulement par l'auteur, mais par Rokitansky, Hennig et Hildebrandt. Veit admet un catarrhe simultané de la trompe et du follicule de Graaf, ayant pour conséquence de souder ces deux organes. Mais pour l'auteur, la théorie la plus vraisemblable est celle de Schrœder. Sous l'influence d'une périmétrite, l'orifice abdominal de la trompe s'oblitère : il se produit de l'œdème de la trompe, du catarrhe, une dilatation kystique de cet organe. L'extrémité tuméfiée de la trompe arrive au contact de l'ovaire par suite de son augmentation de volume, ou s'y trouve déjà fixée par la périmétrite : elle empêche les follicules de Graaf sous-jacents de suivre leur évolution normale ; l'un d'eux se transforme en kyste : la cloison qui sépare les deux kystes contigus (kyste tubaire et kyste ovarien) finit par se résorber et se rompre ; et si l'on observe la tumeur à cette période de son évolution, on trouve les franges tubaires flottant dans le liquide du follicule hydropique, ainsi que l'a constaté Hennig ; à un degré plus avancé, elles s'appliquent à la paroi interne du follicule.

III. — La première partie de ce mémoire est consacrée à l'étude du développement des kystes papillaires de l'ovaire. L'auteur s'appuie sur l'examen d'un kyste papillaire bilatéral, enlevé par Schrœder le 24 avril 1881.

Celle des tumeurs qui occupait le côté gauche présente le premier stade de développement des kystes à épithélium vibratil, et permet par conséquent d'établir leur mode de développement. Elle se compose de deux parties ; l'une offrant les caractères du kyste papillaire, l'autre présentant la structure normale du tissu ovarien. Cette seconde partie, qui a l'étendue de la paume de la main, et dont le tissu est extrordinairement vasculaire est recouverte sur sa plus grande partie de hautes cellules épithéliales à cils vibratiles, et sur le reste de cellules cylindriques et courtes, analogues à l'épithélium embryonnaire. Ce tissu ovarien, recouvert d'épithélium cylindrique, présente à sa surface des enfoncements en forme de tubes tapissés eux-mêmes par place d'épithélium vibratile : ces tubes pénètrent profondément dans le stroma et s'y terminent en cæcums ; quelques-uns de ces tubes communiquent avec de petits kystes qui sont tapissés également d'épithélium vibratile. Ces petits kystes ont donc pour point de départ les enfoncements que l'on observe à la surface du tissu ovarien : l'épithélium embryonnaire peut donc dans certaines circonstances et même dans l'ovaire donner naissance à des cellules vibratiles. Ces faits confirment les observations faites en France par Malassez et de Sinéty. Les papilles présentaient à côté de cellules polymorphes très nombreuses une grande quantité d'épithélium vibratile: les cellules polymorphes sont pour l'auteur des épithéliums jaunes, qui se transforment plus tard en épithéliums cylindriques ou vibratiles. L'auteur en conclut que les cellules qui recouvrent les papilles, proviennent aussi de l'épithélium embryonnaire.

La seconde partie du mémoire est consacrée à l'étude de la dégénérescence maligne des kystes de l'ovaire.

1° Kyste multiloculaire; une des poches offre les caractères connus du kyste dermoïque. Les parois de la tumeur sont de matière sarcomateuse diffuse. Cette matière se présente sous l'aspect de traînées cellulaires renfermées dans les interstices du tissu connectif : ces traînées cellulaires sont constituées par des rangées de noyaux, pressés les uns contre les autres : noyaux sphériques, volumineux, homogènes, munis le plus souvent d'un nucléole brillant. Ces noyaux sont enveloppés d'un fin réseau protoplasmique, formé par les prolongements des cellules (Myxomzellen) qui se trouvent, entre les noyaux. Il s'agit là pour l'auteur d'une dégénérescence maligne secondaire d'un kyste composé de l'ovaire ; le tissu connectif est le point de départ de cette néoformation;

2° Kyste papillaire à épithélium vibratile du côté droit. Complication de grossesse au 5e mois. Ovariotomie par le Dr Moricke, guérison. Ce kyste est remarquable en ce qu'il présente, sur une série de papilles, un commencement de dégénérescence cancéreuse. On constate en effet, sur ces papilles, un mouvement très actif de prolifération des cellules épithéliales qui se manifeste à la surface de la papille par la transformation de la couche unique d'épithélium en couches multiples de cellules sphériques, par l'oblitération des tubes glandulaires transformés en cônes épithéliaux dans l'épaisseur du stroma. On était donc en présence d'un véritable cancer glandulaire en voie de formation sur un kyste à épithélium vibratile. La paroi du kyste était indemne. Sur quelques papilles seulement on trouvait des cônes épithéliaux pénétrant jusque dans les couches internes de la paroi. Nulle part ils n'atteignaient la couche externe. La plaque du tissu ovarien, qui se voyait sur la paroi du kyste, ne présentait pas trace d'infiltration carcinomateuse. L'auteur pense que dans ce cas, par l'ablation hâtive de la tumeur, la malade a été radicalement guérie d'un cancer ;

3° Kyste papillaire du côté droit : dégénérescence carcinomateuse avancée du kyste ; productions calcaires très abondantes (psammome). Ovariotomie pratiquée par le Dr Paul Ruge, le 15 avril 1879. L'ovaire gauche paraissant normal n'est pas enlevé : de petites productions papillaires siégeant sur le péritoine dans l'espace de Douglas sont également laissées. Deux ans après l'opération, 15 avril 1881, la malade, examinée par l'opérateur, ne présentait aucune apparence de récidive.

Sur des coupes microscopiques, pratiquées dans la partie solide de la tumeur, on trouve de nombreux amas épithéliaux de cellules glandulaires, renfermés dans des alvéoles de tissu connectif. Un très grand nombre de ces amas épithéliaux sont complètement infiltrés de matière calcaire, ce qui donnait à la coupe la sensation d'un corps graveleux.

L'auteur termine par une statistique comprenant 102 ovariotomies pratiquées par Schrœder depuis le commencement de l'année 1880. Les tumeurs enlevées se partagent ainsi :

69 kystes glandulaires dont 4 cancéreux;
14 kystes papillaires dont 2 cancéreux ;
9 kystes du ligament large ;
5 tumeurs dermoïdes dont 1 cancéreuse ;
5 sarcomes de l'ovaire.

Si l'on comprend parmi les tumeurs cliniquement malignes les kystes papillaires présentant des papilles à la surface de la tumeur, l'on arrive à un total de 20 tumeurs malignes sur 102. De ces 20 tumeurs malignes,

10 n'ont pas récidivé ;
6 ont récidivé.
4 n'ont pas été suivies. H. DE BRINON.

IV.—Femme de 28 ans. La veille du jour fixé pour l'opération, la malade prend deux cuillerées d'huile de ricin et dans l'après-midi un grand bain. Pendant qu'elle se trouvait dans le bain, envie irrésistible d'aller à la garde-robe. Issue d'une très grande quantité de liquide roussâtre. Tendance à la syncope. Le soir nouvelle selle, qui remplit deux vases de nuit du même liquide. Syncope.

Le lendemain ventre ballonné, douloureux, vomissements, signes de péritonite qui s'accentue. Huit jours après, tout danger avait disparu. Un mois après, la malade rendait encore des selles liquides noirâtres et abondantes; le kyste continuait donc à se vider par l'intestin. Notons que la malade n'avait jamais subi de ponction pour son kyste. A. C.

V. — Une femme de 27 ans, réglée seulement depuis 4 ans, raconte qu'il y a 18 mois son ventre a recommencé à grossir, mais que quelques semaines plus tard il revenait à son volume normal. Cette guérison avait coïncidé avec l'émission d'une grande quantité d'une urine claire et pâle. Enfin depuis 6 mois la distension abdominale a reparu et n'a cessé d'aller en augmentant.

Dès le premier examen on reconnaît qu'il s'agit d'un kyste remontant au-dessus de l'ombilic. Du palper abdominal, du toucher vaginal, de la percussion il semble résulter que le kyste est largement adhérent à la paroi abdominale et aux intestins et, qu'il a des connexions intimes avec le bord droit de l'utérus.

L'opération révéla des dispositions inattendues. On arrive sur le kyste sans avoir vu la cavité péritonéale ; on ne la découvrit pas d'avantage soit en glissant la main de haut en bas derrière le kyste, soit en le faisant basculer pour lier un pédicule qui le rattachait à la corne droite de l'utérus. La paroi du kyste dut tout le temps être sculptée dans le tissu cellulaire ambiant. Il fut évident que développé aux dépens de l'ovaire droit, il s'était porté en

avant du péritoine pariétal, dédoublant sa couche celluleuse qui lui formait une sorte d'enveloppe. — L'examen de la pièce montra au-dessous du grand kyste, vers le pédicule, une masse charnue pleine de petits kystes et qui fut considérée comme l'ovaire tout entier malade; une même paroi adventice enveloppait tous ces petits kystes et en formait une seule tumeur.

Pendant les trois premiers jours il y eut une légère élévation de température, mais sans gravité. Le 10e jour les fils furent enlevés, la plaie était partout réunie. Le 20e jour, la malade sortait guérie. V. CAMPENON.

VI. — Il ne s'agit pas, à la vérité, d'une méthode nouvelle, mais d'un certain nombre de modifications que l'auteur propose d'introduire dans la pratique de l'opération et dans les soins consécutifs. Ces modifications sont au nombre de trois principales : 1° au lieu de saturer la chambre de vapeur humide, dont l'action dépressive est très marquée, il fait coucher le malade pendant l'opération sur un matelas de caoutchouc rempli d'eau à 39°, qui maintient la température et s'oppose au refroidissement résultant du choc produit par l'ouverture de la cavité péritonéale; 2° au lieu d'attendre pour ponctionner le kyste que le péritoine soit ouvert et les adhérences détachées, il introduit le trocart avant de pénétrer dans la séreuse; l'évacuation du liquide est d'abord faite complètement, et au besoin, si ce liquide est grumeleux et impur, une injection détersive d'eau phéniquée est pratiquée par la canule, c'est seulement ensuite que, la poche vidée étant soulevée en haut, le péritoine est ouvert et la paroi kystique détachée : ainsi le temps pendant lequel la séreuse est exposée à l'air est réduite au strict minimum : 3° quand l'extirpation ne peut se faire en entier, et qu'il est nécessaire d'établir un drain dans la cavité péritonéale, il remplace le drainage par l'immersion de la malade dans un bain permanent qu'on prolonge pendant plusieurs jours. Cette pratique aurait l'avantage de supprimer toute suppuration, mais elle n'est pas applicable aux femmes très épuisées, à cause de la déperdition considérable de sérum et de fibrine qu'elle entraîne. H. BARTH.

VII. — L'auteur a eu à opérer un kyste uniloculaire de l'ovaire, dont, peu de temps auparavant, les dimensions avaient été réduites par une ponction aspiratrice. Au moment de l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon et l'intestin grêle vinrent se présenter par la plaie, et il fallut les refouler pour aller chercher dans le bassin le kyste qui s'y était retiré. Guérison sans complications. A. CH.

VIII. — Il y a une douzaine d'années, l'auteur trouvait à l'autopsie d'une femme morte à la suite d'une opération de hernie étranglée, une tumeur de l'ovaire presque entièrement gangrenée et dont le pédicule long et mince avait été 4 fois 1/2 tordu sur lui-même. Il n'y avait pas de péritonite, aussi crut-il pouvoir conclure que les accidents observés pendant la vie et leur terminaison fatale devaient être rapportés à l'étranglement et à la gangrène de la tumeur provoqués par la torsion du pédicule, plutôt qu'à la hernie dont l'opération paraissait avoir parfaitement réussi. Il se promit donc, lorsqu'il se trouverait en présence de symptômes d'étranglement chez une femme ayant une tumeur de l'ovaire, de ne pas hésiter à enlever cette dernière. Trois cas qui se sont présentés à son observation presque coup sur coup, il y a 2 ans, lui ont permis de mettre cette résolution à exécution, avec des résultats absolument heureux. Aussi pose-t-il en principe que toutes les fois qu'il existe chez une femme une tumeur abdominale, ovarienne ou non, susceptible d'être

extirpée, les signes suivants constituent une indication formelle de procéder immédiatement à l'opération : Douleur subite extrêmement vive se montrant en même temps ou quelques jours après une augmentation très rapide du volume de l'abdomen et immédiatement suivie de vomissements qui ne tardent pas à devenir verts; augmentation de fréquence du pouls; élévation de la température quelquefois, mais pas toujours.

C'est dans le rectum que résiderait la cause principale de cette rotation qui n'a lieu, bien entendu, que lorsque la tumeur est susceptible de se mouvoir et le pédicule suffisant pour être tordu. Le passage des matières fécales détermine en effet dans cet organe une force de répulsion qui agit sur la tumeur à la façon d'un coin, et comme celle-ci ne peut pas glisser sur les côtés, mais seulement tourner sur son axe, il en résulte un mouvement de rotation, qui se fait le plus ordinairement de gauche à droite, parce que c'est sur le côté gauche du point d'appui, la colonne vertébrale, que la force développe son action.

Cette explication est surtout plausible pour les tumeurs du côté droit, de beaucoup les plus fréquemment atteintes, d'après Rokitansky, car par suite de leur mode de fixation, c'est obliquement suivant la direction la plus propice, par conséquent, qu'agirait cette force de répulsion du rectum, qui se trouve en outre presque à angle droit avec l'axe du mouvement. On peut objecter à cette théorie le peu d'intensité de la force première, mais si l'on se rappelle ce principe de dynamique qu'une force initiale aussi petite qu'elle soit peut en se répétant constamment déterminer une quantité indéfinie d'énergie, on admettra volontiers que le passage constant des matières fécales puisse à la longue faire tourner la tumeur d'une manière lente et graduelle, jusqu'à ce qu'il survienne, par suite de la torsion du pédicule, de l'étranglement et de la gangrène. D'après Klob, ce serait la veine, qui en se vidant et en se remplissant alternativement déterminerait cette rotation. Tait accepte bien l'influence de la vessie, mais la considère comme absolument secondaire à celle du rectum, à cause de sa position centrale et par conséquent du défaut d'obliquité de la force de répulsion qu'elle est susceptible de développer.

D'après Rokitansky et Spencer Wells, cet étranglement pourrait dans certains cas être suivi de la résorption ou au moins de la diminution de la tumeur. Le fait est possible mais n'a pas été prouvé. D'après le premier de ces auteurs, la rotation serait un accident fréquent : sur 58 cas d'autopsie de tumeurs de l'ovaire, il l'a trouvée 8 fois ; dans 4 cas seulement elle avait amené la mort. J. CARRIÈRE.

IX. — Femme de 33 ans. — Kyste uniloculaire, développé depuis déjà six ans, très volumineux. — Opération facile malgré quelques adhérences, mais issue dans la cavité péritonéale d'une petite quantité du liquide épais et couleur de chocolat, qui remplissait le kyste. Suites de l'opération normales, mais, le onzième jour, thrombose de la veine crurale gauche, et œdème douloureux de tout le membre. Disparition rapide de la phlegmatia en peu de jours. A. CHAUFFARD.

X. — L'auteur rappelle les rapports connus de tout temps entre les oreillons de nature épidémique et l'orchite, et ceux moins connus, mais non moins nettement constatés dans ces derniers temps, entre les oreillons et l'ovarite (Obs. de Meynet, *Gazette hebdomadaire*, 1866; et de Peter, *Gazette des hôpitaux*, 1868). Cependant aucun chirurgien

n'avait signalé le fait d'une inflammation des parotides consécutive à un traumatisme des organes génitaux de la femme : Billroth seul a publié un fait de même ordre ; parotide droite consécutive à une orchite par contusion. L'auteur a recueilli cinq cas, dans lesquels une inflammation purulente des glandes parotides s'est développée à la suite de l'ovariotomie : les opérées étaient en bonne voie de convalescence, la fièvre était tombée, lorsque vers le 6e ou le 7e jour après l'opération, le 4e jour dans un cas, on voyait brusquement s'élever la température et l'on constatait en même temps un gonflement inflammatoire de l'une ou l'autre glande parotide. Dans tous les cas l'inflammation s'est terminée par suppuration. Un seul cas, le premier, avait coïncidé avec la présence dans l'établissement d'un enfant et d'une garde-malade atteints d'esquinancie. Dans les quatre derniers cas, l'influence épidémique doit être absolument écartée : car il n'y avait aucune affection de même nature dans l'établissement ; et, de plus, les malades étaient toutes d'un âge où il est extrêmement rare d'être atteint par les épidémies d'oreillons : 3 avaient dépassé 40 ans ; 2 avaient plus de 60 ans ; or, dans les épidémies d'oreillons, l'âge des individus varie entre 3 et 40 ans et dépasse rarement ces limites. — L'intervalle, assez long, qui s'est écoulé entre chaque cas, 1 mois au moins, et les précautions en usage pour la désinfection des chambres d'opérées, ne permettent pas d'admettre l'influence de la contagion d'un cas à un autre. Enfin, l'absence des symptômes de pyémie exclut l'hypothèse d'une inflammation métastatique, comme on en observe dans les affections infectieuses, typhus, scarlatine, fièvre puerpérale. L'auteur n'a jamais observé cette complication dans les cas de castration. Le pronostic est très grave, en raison de la grande tendance à suppuration. Sur les 5 malades observées par l'auteur, 2 sont mortes ; et, dans l'un des deux cas au moins, la mort doit être exclusivement attribuée à la parotide. H. DE BRINON.

XI. — Dans les cas de ménorragie incoercible, ayant résisté à tous les modes de traitement, l'auteur s'est décidé à pratiquer l'ablation non seulement des ovaires (ce qui est souvent insuffisant), mais aussi des trompes utérines. Sur trente et un cas, il a obtenu vingt-sept guérisons, et il n'y a eu que quatre cas de mort. De ces faits il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° en ce qui concerne les résultats immédiats, l'ablation des annexes de l'utérus faite dans le but d'arrêter les hémorragies utérines incoercibles est aussi justifiée que n'importe quelle autre opération ; 2° au point de vue des suites éloignées, les résultats de cette opération sont très encourageants. D'après l'expérience de l'auteur, il croit probable, sinon prouvé, que l'extirpation des ovaires seuls ne suffit pas pour arrêter la menstruation, mais qu'il est nécessaire d'enlever aussi les trompes utérines. H. BARTH.

XII. — Pendant sa pratique à Kreuznach, l'auteur a soigné 570 malades, atteintes de fibromes, et les a suivies pendant assez longtemps ; de 3 à 5 ans pour la plupart ; quelques-unes pendant près de 10 ans. Il étudie :

A) Les circonstances qui favorisent l'accroissement des tumeurs fibreuses utérines.

Le volume des fibromes utérins n'est pas proportionné à leur âge ; leur accroissement est plus rapide pendant la première année de leur

existence que pendant les années consécutives; le volume qu'ils acquièrent pendant cette première année dépasse rarement celui d'une pomme.

D'une manière générale, le développement est d'autant plus rapide, que les malades sont plus jeunes et que la base ou le pédicule de la tumeur est plus large. Les myomes mous et vasculaires, dont le siège est le plus souvent interstitiel ou sous-muqueux, ont un développement plus rapide que les fibromes durs, blancs, pauvres en vaisseaux, dont le siège est habituellement sous-péritonéal.

L'influence de la menstruation se manifeste non seulement par l'augmentation passagère de volume, qui accompagne chaque époque menstruelle, mais par l'accroissement brusque et permanent, qui se produit lorsque, sous l'influence de mouvements exagérés (danse, voyage, etc.), la congestion cataméniale prend des proportions insolites.

La suppression de la menstruation, qui coïncide rarement avec la présence de fibromes utérins, a aussi pour effet un accroissement brusque de la tumeur. L'auteur l'a observé neuf fois; il s'agissait dans ces neuf cas de fibromes sous-séreux.

La grossesse donne presque toujours un mouvement d'impulsion rapide à l'accroissement des tumeurs fibreuses. L'auteur n'a jamais vu se produire des grossesses avec des fibromes sous-muqueux; il n'en a vu que deux cas des fibromes interstitiels; tous les autres cas de grossesse, qu'il a observés, coïncidaient avec des fibromes sous-séreux.

Les lésions valvulaires du cœur, les lésions qui entraînent une stase dans le domaine de la veine porte; l'anémie, résultant des hémorragies incessantes que provoque la tumeur, sont encore des causes d'accroissement plus rapide de la tumeur.

Parmi les causes locales d'accroissement des fibromes, l'auteur signale les coups, les pressions exercées sur l'utérus, le coït, la constipation, les injections caustiques, intra-utérines, l'usage des pessaires.

B) Les circonstances qui peuvent enrayer le développement des tumeurs fibreuses ou même déterminer une réduction de volume sont en premier lieu la ménopause. La régression dans ce cas a lieu soit par dégénérescence graisseuse du tissu musculaire, soit par induration du tissu connectif (cirrhose), soit par infiltration calcaire. Ce sont surtout les fibromes sous-péritonéaux, et en particulier les plus petits qui ont de la tendance à s'imprégner de sels calcaires. En général, les phénomènes de régression ne se manifestent pas immédiatement après la ménopause, mais au bout de 1 à 3 ans. 19 fois l'auteur a noté un intervalle de 4 à 10 ans entre les dernières règles et l'époque où a pu être constaté l'arrêt de développement de la tumeur.

La guérison radicale de la tumeur par résorption contestée par divers auteurs, a été observée 10 fois par Rœhrig (sur 570 cas); 7 fois les phénomènes de résorption se sont produits comme conséquence de l'état puerpéral; 1 fois à la suite d'avortement; 2 fois en dehors de l'état puerpéral.

La guérison spontanée par expulsion de la tumeur est plus fréquente, et s'observe surtout pendant l'accouchement et les suites de couches.

La gangrène de la totalité de la tumeur est une terminaison fréquente, et d'un pronostic presque toujours fâcheux; elle entraîne souvent la

mort par septicémie. L'auteur a observé cette terminaison 57 fois, et, sur ce nombre, 26 malades sont mortes, 5 seulement ont obtenu une guérison complète.

La transformation du fibrome en carcinome a été observée 24 fois par l'auteur ; et, dans 17 cas, le carcinome a paru se développer primitivement dans la tumeur fibreuse; car il n'y avait ni antécédents héréditaires, ni aucun signe caractéristique de la présence de carcinome dans d'autres organes ; 3 fois l'autopsie a démontré qu'il n'y avait pas d'autre point atteint par le carcinome.

C) L'action de la tumeur sur l'utérus est de deux sortes : action mécanique, action congestive.

1° Les fibromes sous-séreux restent souvent assez longtemps sans déterminer de troubles mécaniques ; ils commencent par abaisser l'utérus et l'incliner soit en avant, soit en arrière ; plus tard, ils déterminent une flexion de cet organe. La rétroversion et la rétroflexion sont rarement observées, comme conséquences d'un fibrome sous-séreux, parce que l'insertion du pédicule a lieu le plus souvent sur la paroi postérieure. Enfin les fibromes sous-séreux peuvent ou s'enclaver dans le bassin, ou s'élever dans l'abdomen en attirant l'utérus en haut : l'auteur les a vus dans quelques cas déterminer un prolapsus irréductible.

L'action mécanique des fibromes sous-muqueux se manifeste dès leur apparition. En oblitérant la cavité de l'utérus, ils produisent la dysménorrhée, la stérilité ; en cas de grossesse, l'avortement ; dans quelques cas, ils peuvent entraîner par leur poids l'inversion totale de l'utérus ;

2° Les fibromes sont une cause permanente d'inflammation pour l'utérus. En raison de leur siège, les fibromes sous-muqueux donnent plutôt naissance à la métrite chronique ; tandis que les fibromes sous-séreux provoquent plutôt des périmétrites aiguës. — L'inflammation chronique du tissu musculaire, aboutissant à l'hypertrophie de l'utérus et le catarrhe chronique accompagnant constamment les fibromes. Quelquefois on observe des abcès avec fistules consécutives ; l'auteur n'en a vu qu'un seul cas.

A l'influence congestive des fibromes se rattachent les phénomènes de dysménorrhée, de métrorrhagie, de stérilité et d'avortements.

Ce sont souvent les tumeurs les plus petites qui déterminent les douleurs menstruelles les plus violentes, tandis que les plus grosses tumeurs sous-péritonéales restent souvent assez longtemps sans produire aucun désordre menstruel. Sur les 570 maladies traitées par l'auteur, 112 ont présenté des phénomènes de dysménorrhée intense.

Les hémorragies sont rares avec les fibromes sous-séreux (78 fois sur 279 cas) ; elles accompagnent surtout les deux autres variétés : c'est la muqueuse elle-même, et par toute sa surface qui est le siège de l'hémorragie, la tumeur n'y participe qu'exceptionnellement. Les cas de mort par le fait immédiat de l'hémorragie sont rares, l'auteur n'en a observé qu'un.

La stérilité est le résultat de l'action mécanique ou de l'action congestive de la tumeur : elle s'observe de préférence avec les tumeurs sous-muqueuses. Sur 570 malades, l'auteur a enregistré 147 cas de conception ; et dans 30 cas, où il a pu préciser le siège de la tumeur, il s'agissait deux fois de fibromes interstitiels, tous les autres étaient des fibromes

sous-séreux. Les deux tiers des femmes atteintes de fibromes sont stériles.

En cas de grossesse, l'avortement est la règle (129 avortements sur 147 grossesses) : l'accouchement prématuré est plus rare. L'accouchement à terme est toujours, par le fait même de la présence du fibrome, très difficile et très dangereux.

D) L'intestin, la vessie et l'urètre subissent aussi l'influence des fibromes utérins.

Par action réflexe ou mécaniquement, les fibromes déterminent des dyspepsies nerveuses, des vomissements, de la constipation, des hémorrhoïdes. Par leurs adhérences, les humeurs sous-séreuses peuvent donner lieu à l'occlusion intestinale, à des tiraillements du foie, de l'estomac : enfin elles peuvent, en s'enclavant dans le petit bassin, apporter un obstacle absolu à la défécation (4 cas observés par l'auteur).

Les troubles du côté de la vessie ou des uretères sont plus rares.

Les nerfs et les veines du bassin sont quelquefois le siège de compressions.

Enfin, dans certains cas, la mamelle présente des troubles sympathiques, et peut même être le siège de tumeurs de même nature. Sur les 570 malades de l'auteur, 35 avaient des tumeurs fibreuses de la mamelle.

L'auteur termine en protestant contre le jugement trop favorable porté sur cette affection par Marions Sims et d'autres gynécologues. Sur ses 570 malades, 66 sont mortes des suites immédiates de la tumeur, ce qui donne une mortalité de 11.4 0/0 supérieure à celle de la fièvre typhoïde. La guérison radicale par résorption ou par expulsion a été observée 22 fois, soit 3.8 0/0. (Voy. *R. S. M.*, XVIII, 142.)

XIII. — Décrite pour la première fois par Virchow, sous le nom de fibromyome télangiectasique ou caverneux, cette variété de fibrome utérin a été observée depuis par Leopold et par Weber : dans les trois cas, elle occupait le corps, et le col était indemne.

Dans le cas actuel, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, ayant eu deux grossesses normales. Elle entra à la clinique de Slavjanski, à Saint-Pétersbourg, pour une tumeur utérine en voie de mortification, et succomba trois jours après son entrée avec des symptômes de fièvre septicémique.

A l'autopsie, on trouve une tumeur pédiculée, insérée sur la paroi postérieure du canal cervical (portion supravaginale), au niveau du bord de l'orifice interne : cet orifice, complètement oblitéré, l'orifice externe dilaté par la tumeur, dont la moitié fait saillie dans le vagin. Le volume de la tumeur atteint celui d'une tête d'enfant : sa plus grande circonférence mesure 30 centimètres. L'enveloppe manque sur toute la moitié inférieure. Une autre tumeur de la grosseur d'une pomme, reliée à l'utérus par un pédicule assez mince, se trouve dans les plis du ligament large ; plusieurs cavités kystiques dans le parenchyme de l'ovaire droit.

A la coupe, la tumeur, d'un rouge brun, est formée de cavités plus ou moins spacieuses, remplies de sang. Au microscope, même structure, avec un réseau fibrineux élégant et des globules rouges dans les cavités : les parois sont formées de fibres musculaires lisses et de tissu connectif, et tapissées de cellules endothéliales : cette dernière couche constitue en certains points toute la paroi.

XIV. — Femme de quarante-trois ans, ayant eu deux couches dont la dernière remonte à quatorze ans : elle se présenta pour la première fois à l'au-

teur, en septembre 1879, avec une tumeur abdominale siégeant du côté droit. Diagnostic : kyste multiloculaire de l'ovaire droit, à contenu solide pour la plus grande partie, avec adhérence complète du côté droit. Le 25 janvier 1880, on pratique une incision exploratrice : l'opération est reconnue impossible : la malade succombe trois jours après.—A l'autopsie, on constate que l'utérus et les ovaires atrophiés sont sans relation avec la tumeur, et que celle-ci s'est développée dans l'épaisseur du ligament rond du côté droit. En effet, ce ligament, après un trajet de 13 centimètres à partir de l'utérus, se perd directement sur elle : la tumeur pèse 24 livres et mesure 28, 25 et 17 centimètres de diamètre. D'après l'analyse microscopique, la tumeur doit être considérée dans son ensemble comme un myome volumineux, criblé de kystes de dimensions variées : ces kystes eux-mêmes n'étant que des dilatations de vaisseaux lymphatiques.

L'auteur insiste sur la rareté des tumeurs du ligament rond. Le fait actuel montre :

1° Qu'il faut tenir compte de ces tumeurs dans le diagnostic différentiel des tumeurs du bas-ventre ;

2° Que la présence de liquides facilement coagulables et riches en fibrine n'est pas exclusivement le propre des kystes de l'utérus et des ovaires : mais que ces liquides peuvent être fournis par des tumeurs indépendantes des organes génitaux proprement dits. H. DE BRINON.

XV.—L'observation de M. Diéterlin a trait à une femme de trente-trois ans, restée vierge jusqu'à cet âge et ayant souffert à l'époque menstruelle depuis quelques années. Elle entre au mois de juin à la Maternité pour une grossesse dont le début remonte à quatre mois. En l'examinant, on constate tous les signes de la grossesse et, de plus, des masses fibreuses plongeant dans les deux culs-de-sac et vraisemblablement sous-péritonéales. Ces tumeurs sont très volumineuses. Quelques semaines plus tard, les mouvements actifs du fœtus sont des plus nets, tous les signes de la grossesse se confirment, mais en même temps on note le ramollissement des corps fibreux, qui donnent la sensation de véritables lipomes; ils se sont, de plus, mobilisés et remontent au-dessus du détroit supérieur.

Au moment de l'accouchement, ils sont assez haut pour ne gêner en rien l'engagement et l'expulsion d'un fœtus bien constitué et bien portant. En pratiquant la délivrance artificielle pour remédier à une perte abondante, on sent très bien les tumeurs déformant les contours de la paroi utérine. Les suites de couches sont simples. Les tumeurs redescendent dans les culs-de-sac. La malade se lève et sort de l'hôpital en bon état de santé. A. C.

XVI. — Ce procédé consiste dans l'emploi combiné de l'écraseur et d'instruments à énucléation. Il convient plus particulièrement pour l'extirpation des tumeurs fibreuses, dont le point d'attache est trop volumineux pour être saisi en entier par la chaîne de l'écraseur. Pour l'appliquer, on abaisse la tumeur autant que possible et on en détache, par une première section, tout ce que peut atteindre la chaîne de l'écraseur. On obtient ainsi de l'espace pour les manœuvres ultérieures, et on peut enlever, par sections successives, presque tout le fibrome jusqu'aux parois utérines. Il est alors relativement facile de compléter l'opération en énucléant ce qui reste, soit avec les ciseaux dentés, soit avec la curette dentée de Gaillard Thomas. Les avantages de ce procédé sont : la possibilité d'enlever la capsule en même temps que les autres parties, de façon à ne rien laisser qui doive se putréfier et être expulsé plus tard ; le danger moindre de blesser les parois utérines ou d'amputer l'une ou

l'autre des cornes de l'utérus, car l'opérateur en détachant successivement les portions qui se présentent, peut voir exactement où il en est. Enfin, lorsque le fibrome s'étend jusqu'au péritoine, on évite de blesser cette membrane, ce qui serait très probablement arrivé dans un des deux cas rapportés par l'auteur, si on avait cherché à extirper la tumeur entière d'un coup à l'aide de l'écraseur seul. J. C.

XVII.—Jeune fille de vingt ans, réglée à seize ans. Depuis un an et demi, métrorragies irrégulières, souvent très abondantes, durant de six à huit semaines. Ces métrorragies ne sont accompagnées d'aucunes douleurs, mais souvent de troubles dans l'émission des urines, allant jusqu'à la rétention complète. Le doigt rencontre à l'entrée du vagin une tumeur élastique, nettement fluctuante, à surface parfaitement lisse : son volume est celui d'une petite tête d'enfant; elle remplit tout le bassin, et les parois du vagin sont immédiatement appliquées contre elle. L'utérus repoussé en haut, se sent au-dessus de la symphyse, à gauche de la ligne médiane; sa cavité mesurée avec la sonde est de 7 centimètres 5 dixièmes. La tumeur s'insère par une base très large sur la portion droite de la paroi cervicale. Diagnostic: myome interstitiel de la paroi du col utérin.

Après avoir incisé sur le côté gauche de la tumeur, l'auteur réussit à l'isoler avec les doigts de la muqueuse qui l'enveloppe : il enlève alors la partie inférieure de la tumeur, et la masse réduite est attirée jusqu'à la vulve: l'énucléation du reste de la tumeur ne présente aucune difficulté : le sac, formé par la muqueuse, est excisé, et les bords réunis par des points de suture. Guérison rapide. L'examen microscopique montre que l'on avait affaire à un fibromyome très riche en tissu musculaire.

XVIII. — Cette opération a été pratiquée par le professeur Olshausen, à Hall, le 4 mai 1880, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. La malade était âgée de quarante-neuf ans.

L'auteur insiste sur trois points :

1° L'impossibilité presque absolue d'établir le diagnostic avant l'opération entre les kystes de l'ovaire et les myomes kystiques volumineux de l'utérus. Dans le cas actuel, on avait porté le diagnostic de ce kyste prolifère de l'un des ovaires : la nature et le siège de la tumeur ne furent reconnus qu'après l'incision abdominale. Le diagnostic était basé sur le développement assez rapide (date de l'apparition de la tumeur, un an et demi), la consistance presque uniformément élastique avec des parties plus fermes, mais non encore dures, l'absence d'hémorragies et de phénomènes subjectifs graves; l'absence de bruits vasculaires, assez fréquents dans les myomes; la position de l'utérus, qui n'était pas élevée, mais abaissée dans le petit bassin, et dont les faces antérieure et postérieure, les bords et le fond pouvaient être très nettement sentis par le vagin; enfin la présence en arrière de la portion vaginale, d'une partie de la tumeur. Le toucher rectal et la ponction exploratrice ne furent pas pratiqués, mais l'auteur ne croit pas que l'emploi de ces moyens eût pu faire éviter l'erreur.

2° Le mode de traitement du moignon. L'opérateur, suivant une méthode préconisée par Schrœder et appliquée par d'autres chirurgiens, en particulier pour l'ablation des myomes sous-séreux, s'était contenté de lier les plus gros vaisseaux et de réunir par des sutures profondes les parois de l'entonnoir résultant de l'amputation; mais lorsqu'on enleva l'épais tube de caoutchouc, qui avait servi à faire constriction sur la base de la tumeur pendant l'amputation, une hémorragie violente se produisit.

Le collapsus imminent de la malade ne permettait pas de faire la ligature du moignon en plusieurs parties : on rétablit la ligature élastique en masse du moignon, à l'aide d'un tube de caoutchouc plus mince (plume d'oie), et l'hémorragie s'arrêta complètement. Ce tube fut abandonné dans l'abdomen.

L'auteur pense que la ligature élastique pourrait être employée avantageusement pour l'extirpation des grosses tumeurs de l'utérus et pour l'amputation supravaginale ; et qu'une anse de tube de caoutchouc assez mince n'est pas un obstacle pour l'abandon du moignon dans l'abdomen.

3° Enfin l'auteur croit devoir attirer l'attention sur l'existence dans les veines de la tumeur de nombreuses thromboses, de date plus ou moins ancienne. Ces thromboses ont été fréquemment signalées dans les fibromes volumineux de l'utérus ; on en trouve d'autres dans les ligaments larges et les veines du bassin. Elles rendent très périlleuse l'application de la bande d'Esmarch, que Labbé, de Paris, a récemment proposée.

Dans une note, jointe à ce mémoire, R. Olshausen fait ses réserves au sujet de la proposition faite par Schwartz d'appliquer la ligature élastique sur le moignon résultant de l'ablation des grosses tumeurs utérines.

XIX. — Femme de cinquante ans, souffrant depuis huit ans d'ischurie, constipation opiniâtre, douleurs de reins, crampes abdominales, céphalalgie. Ces troubles avaient acquis une telle intensité, que la malade était depuis longtemps incapable de tout travail. A l'examen clinique, on avait constaté la présence d'un fibrome sous-séreux avec dégénérescence kystique de l'ovaire gauche : l'ovaire paraissait être le point de départ des phénomènes douloureux. La médication ayant complètement échoué, l'auteur pratiqua la castration et l'ablation du fibrome par laparotomie. Convalescence rapide et sans accident, à partir de ce moment, suppression de toute douleur dans le bas-ventre : la malade peut se livrer non seulement à ses occupations domestiques, mais à des travaux extérieurs fatigants. La constipation seule a persisté. Les règles ont reparu très faibles et à des intervalles irréguliers de six à dix semaines. H. DE BRINON.

XX. — Se fondant sur la fréquence de la cure spontanée des fibromes utérins après la ménopause, les chirurgiens américains essayent maintenant, dans les cas désespérés où l'abondance des métrorragies semble près d'amener la mort, de provoquer une ménopause artificielle par l'ablation des ovaires. Tout en insistant sur les difficultés et les dangers de cette opération, l'auteur la croit absolument indiquée en pareil cas. Il en rapporte deux observations : l'une terminée par septicémie mortelle, au troisième jour ; l'autre dont les résultats, encore bien récents, semblent satisfaisants. A. CHAUFFARD.

XXI. — Une femme de trente-sept ans, portant un énorme fibrome interstitiel du corps de l'utérus, en fut débarrassée par l'hystérectomie sus-pubienne qui réussit complètement. Vingt-cinq jours après l'opération, la malade guérie rentrait à pied chez elle.

L'opération a présenté une complication qui a failli devenir mortelle. Deux clamps appliqués sur le pédicule s'étant écartés, une hémorragie considérable se produisit, sans pouvoir être arrêtée par les pinces ou les strictions. A la fin, un aide parvint à saisir le pédicule, et un fil de caoutchouc ayant été passé tout autour, on put continuer la toilette du péritoine et le pansement.

L. JULLIEN.

XXII. — Femme de quarante-trois ans; opération assez facile, suivant la méthode de Lister. Cependant, ouverture accidentelle de la vessie fixée par des adhérences à la paroi abdominale antérieure. Pour remédier à cet accident, le chirurgien fit une suture à points séparés et une suture en surjet de la vessie, qui furent supportées sans le moindre accident.

La tumeur était constituée par la moitié environ de l'utérus hypertrophié et rempli de fibromes; moitié surmontée d'un kyste offrant les dimensions d'une tête d'adulte et renfermant 1 litre 1/2 de liquide séro-sanguinolent.

La partie restante de l'utérus servit à faire un pédicule qui fut fixé au dehors à l'aide de broches métalliques et serré par un fil de fer avec le ligateur Cintrat.

Suites très simples. Température ne dépassant pas 38°,5. Il y eut seulement une notable accélération de la respiration. Mais c'est là, suivant l'auteur, un phénomène constant dans les opérations portant sur l'utérus.

L'examen micrographique de la tumeur, fait par M. Malassez, permit de s'assurer qu'on avait affaire, non à un fibrome kystique, mais à un sarcome fasciculé développé dans les parois utérines. Le pseudokyste était le résultat d'un épanchement sanguin.

G. DECAISNE.

XXIII. — Une jeune femme de 18 ans entrait en travail le 25 juin 1881. Pendant huit jours, le travail fut abandonné à lui-même par la sage-femme.

Le 3 juillet, des médecins appelés constatent un bassin de forme oblique, ovalaire, rachitique, la tête au détroit supérieur en position occipito-iliaque droite antérieure, variété frontale du côté de la sténose pelvienne, fœtus mort depuis plusieurs jours.

La malade agonisait. Immédiatement fut pratiquée la gastrotomie suivie de l'amputation de presque tout l'utérus, au moyen du grand et du petit serre-nœud de Kœberlé, y compris une grande partie du col.

L'opération dura 27 minutes ; ses suites furent aussi simples que possible. Les opérateurs étaient MM. Gasca, Copasso, Brambilla, Bestente et Sandino.

JULLIEN.

XXIV. — L'auteur rend compte de la seule opération de Porro qui, sur les quatre pratiquées jusqu'à présent en Amérique, ait été suivie de succès.

La patiente était une naine, haute de 46 pouces, et dont le diamètre interne conjugué du détroit supérieur n'était que de 4cm 3/4. — Ablation de l'utérus et des ovaires, avec toutes les précautions antiseptiques ; fixation du moignon utérin dans l'angle inférieur de la plaie. — L'opération réussit parfaitement, pour la mère et l'enfant. Pas de fièvre consécutive. — Le onzième jour seulement, chute du pédicule, et légère phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche, de peu de durée. — Réunion par première intention. — L'auteur insiste sur l'avantage qu'il y a à opérer 15 jours environ avant l'époque présumée de l'accouchement, et sur l'importance des soins préliminaires.

A. CHAUFFARD.

XXV. — Femme de 38 ans, cinq fois enceinte. En 1880, après le sevrage du dernier enfant, irrégularités dans la menstruation et métrorragie. Le ventre est resté volumineux après l'accouchement et la malade s'aperçoit en février 1880, de la présence d'une tumeur dans l'abdomen. On croit à l'existence possible d'une grossesse anormale. A la fin de l'année, l'abdomen ayant augmenté de volume, l'état général de la malade s'étant aggravé par suite de troubles digestifs et respiratoires, Wasseige, après avoir diagnostiqué une tumeur kystique, juge une opération nécessaire.

Des adhérences nombreuses et considérables sont liées et sectionnées mais la partie inférieure gauche de la tumeur étant complètement adhérente au bassin et au vagin, et de plus la partie inférieure de la paroi antérieure étant intimement unie à toute la longueur de la face postéro-latérale gauche

de l'utérus, Wasscige se décide à enlever une partie de l'utérus, à l'aide d'un constricteur de Maisonneuve.

La plaie abdominale est fermée, et le pédicule, amené avec le constricteur est maintenu par des points de suture dans la partie inférieure de l'incision.

L'opérée ayant perdu beaucoup de sang et étant très faible, on lui fait trois injections sous-cutanées d'éther sulfurique d'un gramme chacune.

Le fond de l'utérus a été coupé obliquement de gauche à droite, et l'ovaire droit a été compris dans la section. La partie du kyste, maintenue hors de la plaie, s'est décomposée et sphacélée petit à petit et grâce au drainage et au pansement antiseptique, elle a fini par se détacher.

L'opération a été suivie d'une réaction peu marquée, et trois mois après la femme B... était dans d'excellentes conditions de santé générale ; elle avait gagné de l'embonpoint et avait pu reprendre ses occupations. La menstruation n'était pas rétablie. F. H.

XXVI. — Femme de 33 ans, atteinte de sarcomes mous de la paroi postérieure de l'utérus. Après l'avoir traitée pendant plus d'un an (curages répétés de la cavité utérine, injections de morphine), l'auteur pratique l'ablation totale de l'organe, sur la demande de la malade. L'opération est pratiquée le 3 août 1880 à Witten, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique: elle dure deux heures, et ne présente aucun incident fâcheux ; néanmoins la malade succombe dans le collapsus pendant la nuit qui suit l'opération.

Cette terminaison ne peut être attribuée, d'après l'auteur, qu'au choc, auquel elle était prédisposée par son état de dépression profonde. Les causes secondaires seraient en outre le refroidissement prolongé de la cavité abdominale, la longue durée de l'anesthésie et l'emploi de l'acide phénique. L'acide avait servi pour le spray (2 0/0) ; pour le lavage des éponges (4 0/0) et des mains (5 0/0) ; le thymol avait été employé pour la gaze du pansement, et la solution salicylique pour la toilette du péritoine ; et cependant l'absorption de l'acide phénique fut constatée après l'opération, par la couleur vert foncée de l'urine. L'auteur redoute particulièrement l'acide phénique chez les enfants et dans les opérations sur la cavité abdominale.

XXVII. — Femme de trente-six ans, nullipare : le début de la lésion remonte à janvier 1878 (deux ans et demi). Depuis cette époque, l'excision de noyaux carcinomateux du col, trois fois répétée, a été constamment suivie, à bref délai, de la reproduction de ces tumeurs : l'état général est excellent. L'opération est pratiquée le 21 juillet 1880, par laparotomie, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Au point de vue opératoire, l'auteur insiste sur les points suivants :

1° Il pratique la section des ligaments larges, autant que possible à petits coups, et sans faire d'avance, comme Freund, la ligature de l'artère utérine: lorsque cette marche n'est pas possible, lorsque l'un des ovaires, par exemple, est fixé sur l'utérus par des adhérences solides, il lie en masse les ligaments larges à l'aide d'un fil métallique avant de les sectionner ;

2° L'état de réplétion de la vessie lui paraît avantageux, pour éviter la lésion de cet organe;

3° Il s'est bien trouvé de l'emploi du drainage, tel qu'il est recommandé par Bardenheuer.

Les suites de l'opération furent très simples; la température ne s'éleva pas au-dessus de 38°,4 (huitième jour). Le 18 août, c'est-à-dire moins de quatre semaines après l'opération, la malade quittait son lit. Depuis l'opération, trois époques menstruelles ont été traversées, sans qu'il y ait eu ni

écoulement, ni trouble d'aucune sorte : et cependant les deux ovaires avaient été laissés dans l'abdomen.

L'utérus enlevé présente le double de sa grosseur normale : toute sa moitié inférieure, ainsi que l'orifice interne sont infiltrés de matière, carcinomateuse. L'auteur ne dit pas que l'examen microscopique ait été fait.

XXVIII. — L'auteur a pratiqué six fois l'ablation en masse de l'utérus par le vagin, et n'a eu qu'un seul cas de mort (hémorragie). Son assistant, Hofmeier, l'a pratiquée une fois avec succès. Schrœder décrit le mode opératoire qu'il a adopté, et insiste sur la bénignité du pronostic : son jugement est basé moins sur sa propre statistique, qui est encore trop restreinte, que sur la rapidité de la convalescence, l'absence de fièvre et de collapsus. Il reconnaît deux contre-indications : le volume considérable de l'utérus, et le siège du carcinome sur la paroi postérieure.

Martin (Berlin) a pratiqué trois fois l'opération et a toujours rencontré de grandes difficultés : l'opération lui paraît contre-indiquée, toutes les fois que l'utérus a des adhérences solides, et que son tissu est friable.

Baum (Dantzig) a pratiqué quatre fois l'opération et a eu deux morts, l'une par le choc, l'autre par péritonite septique. Contrairement à Schrœder, il ne fait aucune suture et pratique le drainage vaginal, afin de faciliter l'écoulement des produits de sécrétion.

Schrœder pratique concurremment au drainage la suture des culs-de-sac vaginaux, afin de prévenir l'introduction des germes septiques et la chute possible de l'intestin.

XXIX. — L'auteur se demande :

1° Si grâce aux différentes opérations aujourd'hui en usage, la guérison radicale du cancer utérin peut être considérée comme un résultat définitivement acquis ;

2° Quelles sont les indications de chaque méthode opératoire.

Les opérations auxquelles donne lieu le carcinome utérin sont au nombre de cinq :

A) Par la voie abdominale, on pratique :

1° L'amputation du corps dans la région de l'orifice interne : l'auteur l'a pratiquée 5 fois : 4 guérisons et 1 mort ;

2° L'ablation totale de l'utérus, opération de Freund. Sur 8 opérées (6 par Schrœder, 1 par Veit, 1 par Freund), il y a eu 3 guérisons, 5 morts.

B) Par la voie vaginale, on pratique :

3° L'amputation de la portion vaginale, opération simple et sans danger ;

4° L'amputation supravaginale de la totalité du col. Sur 37 opérations, dont 2 par Hoffmeier, les autres par Schrœder, il y a eu 4 morts, 15 récidives : 9 fois, les malades ont été perdues de vue : 7 fois seulement l'absence de récidive a été constatée ; mais la plus longue observation est de 7 mois.

5° L'ablation totale de l'utérus par le vagin. Sur 8 cas, dont 1 appartient à Hofmeier, les autres à l'auteur, il y a eu 1 seul cas de mort par hémorragie interne.

Après avoir décrit le manuel opératoire, qu'il a adopté pour chacune de ces opérations, l'auteur en définit ainsi les indications :

En cas de carcinome du corps, il pratique l'ablation du corps de l'utérus par laparotomie, et il a soin d'exciser la muqueuse du moignon, si elle lui paraît suspecte.

En cas de cancroïde de la portion vaginale, on peut se contenter de l'amputation supravaginale : il en est encore de même si le carcinome occupe la paroi cervicale, et si l'on sent nettement que le corps a conservé sa mollesse et son volume normal.

S'il s'agit d'un carcinome du corps ayant gagné le col, ou réciproquement, on donnera la préférence, autant que possible, à l'ablation totale par le vagin, parce que cette opération est bien mieux supportée. Mais le volume considérable de l'utérus peut rendre l'opération impraticable par le vagin.

La conclusion que l'auteur tire de ses recherches est que les résultats obtenus par l'ensemble de ces méthodes opératoires ne sont pas très satisfaisants : et la cause en est dans la rapide extension du carcinome cervical (le plus fréquent) au tissu connectif du bassin et aux glandes. La plus grande quantité des carcinomes utérins n'est pas encore susceptible de guérison radicale.

XXX. — L'auteur propose de pratiquer l'ablation totale de l'utérus, avec les modifications suivantes :

1° Application du colpeurynter plusieurs jours avant l'opération ;

2° Amputation simultanée du col et des culs-de-sac vaginaux, à l'aide de l'anse galvanocaustique. Si les culs-de-sac n'ont pas été compris dans la section, compléter avec le bistouri et prolonger l'incision en arrière jusque dans l'espace de Douglas. Ce premier temps de l'opération se pratiquerait avant de commencer l'anesthésie ;

3° Tamponnement du vagin à l'aide du colpeurynter, recouvert d'une couche de ouate. Cette modification a pour but d'arrêter l'hémorragie résultant de l'opération préliminaire, et d'élever l'utérus. L'élévation de l'utérus facilite toutes les manœuvres consécutives de l'opération, et diminue le danger de lésion des uretères : car il résulte des expériences de l'auteur sur le cadavre, que les uretères ne suivent pas l'utérus dans son mouvement d'élévation ; mais qu'ils s'en éloignent d'autant plus que ce mouvement est plus prononcé ;

4° Laparotomie : incision partant de l'ombilic jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la symphyse ;

5° Dissection de l'espace vésico-utérin ;

6° Application par le vagin, sur chacun des ligaments larges de compresseurs (analogues à la pince de Péan). Ces compresseurs ont pour but de remplacer la ligature en masse, et seraient abandonnés dans l'abdomen, pendant un temps variable de trois à quatre jours ;

7° Incision des ligaments larges, soit avec le thermocautère, soit avec les ciseaux ; et dans ce cas, cautérisation consécutive des moignons ;

8° Occlusion des plaies péritonéale et abdominale ; bandage de Lister.

L'opération ainsi modifiée, a été pratiquée par l'auteur sur le cadavre en trente à quarante minutes.

XXXI. — L'auteur donne la description et le dessin d'un instrument dont il se sert pour faire évoluer l'utérus dans l'espace de Douglas : ce temps de l'opération est, d'après Martin, une des plus grandes difficultés que présente l'ablation de l'utérus par la voie vaginale.

XXXII. — Dans tous les cas de carcinome utérin, pour lesquels le professeur Freund a pratiqué l'ablation totale de l'utérus, il y a eu récidive et la récidive s'est constamment produite soit au niveau de la cicatrice, soit dans le tissu cellulaire de la région paramétrique. L'auteur en conclut que tout le tissu malade n'avait pas été enlevé, et que, pour se mettre à l'abri des récidives, il faudrait enlever tout le tissu cellulaire paramétrique avec les ganglions qu'il renferme : la distinction des ganglions sains et des ganglions malades étant impraticable. Dans ce but, l'auteur propose de modifier ainsi la technique opératoire : abandon des ligatures en masse ; faire précéder l'ablation de l'utérus de l'incision circulaire du col par le vagin ; faire la ligature des vaisseaux isolément. Pour l'excision du tissu paramétrique, on procéderait comme pour la cavité axillaire en cas de cancer de la mamelle.

Si le danger de l'opération était moins grand, il serait encore plus sûr de la pratiquer dès l'apparition de la lésion, à l'état d'ulcération carcinomateuse. L'auteur espère que le pronostic de l'opération pourra être amélioré par l'adoption de certaines modifications : rapidité plus grande de l'opération, grâce à l'incision circulaire du col par le vagin et à l'emploi de la pince de Freund ; drainage suivant la méthode de Bardenheuer.

XXXIII.—Chez une femme de quarante-six ans, chez qui on avait porté le diagnostic de fibromes utérins, on trouvait les symptômes suivants :

1° Un nystagmus des deux yeux ; l'œil gauche affecté de nystagmus rotatoire, le gauche de nystagmus latéral ; il y avait donc dissociation dans les mouvements des yeux ;

2° Une monoplégie brachiale ; le bras droit était paralysé incomplètement ; la malade pouvait le remuer, mais non le lever ; il était de plus le siège de fourmillements et d'engourdissements ;

3° Une hémiplégie faciale droite, très incomplète, il est vrai.

A l'autopsie, on trouva une généralisation des sarcomes externes à l'ovaire droit, au foie, à la rate, aux poumons et au cerveau. L'hémisphère gauche est le siège d'une lésion caractéristique ; au niveau de la circonvolution pariétale ascendante, à sa partie supérieure au point où elle envoie un prolongement en arrière au lobe pariétal, existe une tumeur des méninges qui comprime la circonvolution, s'y enfonce et y adhère. Cette tumeur est arrondie, dure, et présente la structure sarcomateuse des tumeurs utérines.

H. L.

XXXIV. — Une femme, âgée de trente-cinq ans, est envoyée à la clinique pour une tumeur abdominale, présentant le volume d'une tête d'adulte ; circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic : 76 centimètres ; circonférence maxima (deux doigts au-dessous de l'ombilic) : 86 centimètres ; hauteur de la tumeur au-dessus de la symphyse : 20 centimètres.

L'hypothèse d'un kyste de l'ovaire est écarté, parce qu'il est impossible de trouver un pédicule, et que, d'après la malade, la tumeur a commencé dans la partie supérieure de l'abdomen ; l'affirmation de la malade est d'ailleurs corroborée par ce fait qu'en repoussant la tumeur en arrière, il se produit une sorte de tension de la région épigastrique. L'hypothèse d'une tumeur à échinocoques, admise comme vraisemblable, fut confirmée par l'opération.

Le 16 mars 1880, incision de l'abdomen avec les précautions de Lister : une hémorragie violente se déclare, pendant que l'opérateur cherche à isoler la tumeur, qu'il s'était proposé d'enlever. Il ouvre alors le kyste avec un trocart : le liquide qui s'écoule est de consistance muqueuse et renferme de nombreux échinocoques : le diagnostic étant dès lors certain, il se décide à

évacuer le contenu du kyste et à abandonner dans l'abdomen la membrane d'enveloppe; cette membrane, n'étant autre chose qu'un produit d'inflammation, constitué par du tissu connectif, son abandon ne présente aucun inconvénient. Le nombre des hydatides s'élevait à plus de mille, et leur grosseur variait depuis la graine de lin jusqu'à la tête d'un enfant. Convalescence régulière, retardée par une attaque de typhus, qui régnait épidémiquement. La guérison était complète le 24 juin. L'auteur a revu la malade un mois après; on ne sentait pas trace de la tumeur, le sac avait complètement disparu. (Voy. *R. S. M.*, XV, 713.)

XXXV. — Cette observation a été recueillie à la clinique gynécologique de Breslau. Le 10 juin 1880, entre à la clinique une malade, âgée de vingt ans, atteinte de pied-bot varus droit, et portant une tumeur abdominale, liquide, dont le volume dépasse la grosseur d'une tête d'adulte. Diagnostic : kyste sous-séreux développé en arrière du col de l'utérus. La ponction exploratrice, faite le 18 juin, donne 3 litres de liquide aqueux, clair, alcalin. D'après l'examen chimique et microscopique du liquide, l'hypothèse d'une tumeur à échinocoques est rejetée, et le siège du kyste paraît être le ligament large du côté droit. Après la ponction, la malade éprouve des douleurs de tête et de reins, et le liquide se reproduit très rapidement. Le 28 juin, le professeur Spiegelberg ouvre la tumeur par le vagin, avec le bistouri : il s'échappe une quantité abondante de liquide rouge et quelques caillots. — Lavage du sac, trois fois par jour, avec une solution phéniquée au 2/100es, et introduction d'un gros drain, dont l'extrémité extérieure est entourée de ouate imbibée d'acide benzoïque. Le sac donne une suppuration fétide, et deux ou trois jours après l'ouverture, il se manifeste de l'opistothonos, puis des alternatives de fièvre et d'apyrexie, et enfin la malade succombe avec les symptômes de la méningite cérébro-spinale.

A l'autopsie, on reconnaît que la tumeur est une hydroméningocèle de la face antérieure du sacrum. L'orifice de communication entre le kyste et la cavité rachidienne, occupe la moitié droite de la deuxième vertèbre sacrée : il mesure 23 millimètres de hauteur et 28 millimètres de plus grande largeur; il est limité à gauche par le bord concave de la moitié gauche de la deuxième vertèbre sacrée, en haut par le bord inférieur de la moitié droite de la première vertèbre sacrée; en dehors par l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre sacrée et par le bord externe du deuxième trou sacré, en bas par le bord supérieur du corps de la troisième vertèbre sacrée. — En outre, la première vertèbre sacrée présente une fissure verticale séparant le corps de cette vertèbre en deux moitiés distinctes : l'extrémité inférieure du sacrum et le coccyx sont très irréguliers.

Les observations de spina bifida, dans lesquelles la fissure porte sur les corps vertébraux, sont rares. L'auteur cite celles de Cruveilhier, Rindfleisch, Spitzer, Morel et Gross, et quelques autres plus anciennes.

Au point de vue du mode de formation de cette anomalie, l'auteur admet qu'il s'agit là non d'un arrêt de développement, mais du défaut de réunion de deux parties primitivement distinctes. Il se base sur le fait constaté par lui chez un embryon humain de 1 centimètre de long, de l'existence de deux masses distinctes, placées de chaque côté de la corde dorsale. Il admet, d'autre part, avec Kölliker et d'après son observation personnelle, que les corps vertébraux n'ont qu'un seul point d'ossification, visible vers la dixième semaine : et il en conclut que la fissure des corps vertébraux se produit avant cette époque sous l'influence de la pression du liquide accumulé dans la colonne vertébrale.

Dans le cas actuel, l'hydrorachis est la lésion primitive, et l'altération

du squelette en est la conséquence. — Deux planches accompagnent le texte de ce mémoire. H. DE BRINON.

Laparo-Cystovario-Hysterotomie bei vorhandener Schwangerschaft. Heilung (Extraction d'un kyste ovarique et de l'utérus gravide. Guérison), par Mosetig MOORHOF (*Wien. med. Woch.*, n° 29, 1881).

Antonia B., 33 ans, accouchée deux fois normalement, avorte au troisième mois d'une troisième grossesse. Les menstrues réapparaissent puis cessent de nouveau; le ventre augmente de volume. Elle se présente avec des signes de péritonite, et l'auteur diagnostique un kyste de l'ovaire droit, uniloculaire, déterminant la rétroflexion de l'utérus et fixé dans le petit bassin par des adhérences. La ponction fournit 745 grammes de liquide sanguinolent qui ne tarde pas à se reproduire, et un mois après l'entrée à l'hôpital, le 12 juin 1880, l'auteur pratique l'ovariotomie. Il évacue 3 litres de liquide et constate alors l'existence de deux autres tumeurs, l'une dure, tendue (c'est un kyste dermoïde), remplissant le cul-de-sac postérieur, l'autre constituée par le corps de l'utérus hypertrophié, gravide. C'est la première de ces tumeurs qui avait été prise pour l'utérus rétrofléchi. Après le décollement des adhérences, on peut se convaincre que le kyste appartient non pas à l'ovaire droit, mais au gauche, le pédicule est tordu, on en pratique la ligature en deux portions et on extirpe le kyste.

Cela fait, reste l'utérus portant un fœtus de quatre mois. L'auteur se décide à employer la méthode de Müller qui consiste à exciser l'utérus intact, non ouvert comme dans le procédé de Porro. Il place donc une ligature sur l'utérus aussi bas que possible, puis coupe l'organe; par malheur, l'incision divise le fœtus suivant la ligne axillaire obliquement, et le chirurgien s'aperçoit que les épaules, la tête, les deux extrémités supérieures restent dans le moignon utérin qu'il respecte, comptant sur l'expulsion naturelle. Après la toilette du péritoine, le drainage du cul-de-sac utéro-rectal, la cautérisation des surfaces de section de l'utérus, l'auteur place une aiguille dans le moignon utérin pour le fixer, et suture la paroi abdominale. Pansement de Lister.

Le 13 juin, issue des parties fœtales.

Aprexie complète pendant les jours qui suivent. Le 2 août, la malade part guérie. L. GALLIARD.

Case of dermoid cyst of an undescended ovary, par VAN SANTVOORD (*The med. News*, 21 *janvier* 1882).

Chez une femme de 50 ans, entrée à l'hôpital pour une affection aiguë du poumon, on trouva à l'examen une tumeur du volume du poing siégeant au-dessus de l'ombilic. La malade mourut 24 heures après son admission.

A l'autopsie on trouva une pneumonie aiguë, cause de la mort et en ouvrant l'abdomen on reconnut que la tumeur était formée par un kyste développé aux dépens d'un ovaire maintenu entre la colonne et le rein droit. L'autre ovaire occupait sa position normale; l'utérus n'offrait rien d'anormal. La trompe du côté droit s'élevait de l'utérus en ligne droite à la partie inférieure de la tumeur. Le kyste à demi calcifié, contenait tous les éléments des tumeurs dermoïdes. A. C.

OBSTÉTRIQUE.

De la mensuration théorique et pratique du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue obstétrical et d'un pelvimètre direct à arc tangent au pubis, par CROUZAT (*Thèse de Paris*, 1881).

Au lieu d'attacher une grande importance au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur pour évaluer le degré de rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur, on s'accorde à admettre une dimension plus petite qui part du promontoire pour aboutir à un point situé sur les côtes de la symphyse pubis en arrière, c'est le *point post-pubien*. Cette dimension minimum a été désignée sous les noms de *conjugata vera*, *diamètre minimum*, *diamètre utile*, *diamètre promonto-pubien minimum*. Cette dimension est celle qui intéresse le plus l'accoucheur puisque c'est elle que la partie fœtale aura le plus de peine à franchir.

Or, la situation du point post-pubien n'est pas fixe, c'est à tort que l'on a dit qu'elle était située presque toujours à 6 millimètres au-dessous de la partie supérieure de la symphyse pubienne, à l'extrémité antérieure du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Rarement elle en est moins éloignée, mais très souvent elle peut en être plus distante, et cet éloignement peut mesurer jusqu'à 2 centimètres et même davantage. Les conditions qui faut varier théoriquement le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne peuvent donc pas être les mêmes que celles qui font varier le diamètre promonto-pubien minimum. Théoriquement, la longueur du diamètre promonto-sous-pubien, la hauteur de la symphyse du pubis, l'angle que ces deux lignes forment, l'*angle promonto-sous-pubien* font varier le diamètre antéro-posterieur du détroit supérieur et il suffirait de les connaître pour pouvoir calculer le diamètre. Pour évaluer théoriquement le diamètre promonto-pubien minimum, il serait nécessaire de connaître la longueur du diamètre promonto-sous-pubien, la distance de la partie inférieure du ligament triangulaire au point post-pubien ou *hauteur minime* de la symphyse pubienne, l'angle formé par ces deux lignes ou *angle promonto-sous-pubien minimum*.

Les deux dernières dimensions ne sont pas évaluées de telle sorte qu'on ne peut pas les utiliser pour calculer le diamètre promonto-pubien minimum. La seule donnée connuee du problème est le diamètre promonto-sous-pubien. Il est donc important de désigner les causes qui font varier le rapport qui existe entre ce diamètre et le diamètre promonto-pubien minimum.

Ces causes sont nombreuses : la situation du promontoire, la situation de la symphyse pubienne, l'inclinaison de la symphyse du pubis sur le diamètre promonto-sous-pubien, la hauteur minimum de la symphyse du pubis, l'épaisseur de cette même symphyse, l'attitude générale du corps.

Elles sont d'une appréciation difficile et même impossible. Aussi peut-on affirmer que les déductions conseillées par les auteurs dans la mensuration du diamètre promonto-sous-pubien pour obtenir le diamètre promonto-pubien minimum ne permettront pas de connaître ce diamètre d'une façon exacte. L'auteur a montré, en effet, qu'aucun des procédés qui avaient été conseillés n'était d'accord avec les faits. Et on peut arriver à cette conclusion de Litzmann : « La mensuration du bassin, même pratiquée avec grand soin, n'est pas absolue, et l'homme le plus expérimenté peut se tromper dans sa mesuration d'un centimètre et même plus. »

Telles sont les raisons qui ont engagé l'auteur à attaquer la méthode de mensuration digitale et qui l'ont encouragé à rechercher à l'aide de quel instrument on pourrait mesurer *directement* le diamètre promonto-pubien minimum. Après des tâtonnements sur lesquels nous n'insisterons pas, puisque l'auteur avoue lui-même que ses efforts n'ont pas répondu à ce qu'il cherchait à résoudre, il s'est arrêté à l'instrument suivant. C'est un pelvimètre direct. Il est constitué par une tige directrice s'adaptant au doigt à l'une de ses extrémités et d'un curseur muni d'un arc métallique qui doit s'appliquer sur la face postérieur du pubis. On trouve sur la tige directrice une graduation correspondant à la distance promonto-pubienne minimum, c'est-à-dire établissant des corrections à l'échelle centimétrique. Ce pelvimètre présente cet avantage sur tous les autres pelvimètres, c'est que le doigt correspond à l'une de ses extrémités, à celle qui donne le promontoire; il répond donc à une des objections les plus importantes faites à tous les instruments. C'est même le point le plus original et le plus intéressant qui distingue le pelvimètre de M. Crouzat des autres.

De nombreux examens sur le cadavre et sur des vivants ont permis à l'auteur d'affirmer que l'on peut obtenir à l'aide de leur instrument, par une mensuration directe, la longueur du diamètre promonto-pubien minimum. Il affirme de plus que l'application de son pelvimètre n'est pas douloureuse. PORAK.

On a complication of occipito-posterior positions of the vertex, par HALLIDAY CROOM (*Edinb. med. journ.*, *p.* 1078, *juin* 1881).

Voici les conclusions de ce mémoire.

La position occipitale postérieure en rotation partielle est la plus rare des variétés de la position occipitale du vertex. Dans ces conditions, il existe ordinairement un certain degré d'étroitesse du bassin. La conséquence de cet état de choses est l'établissement sur le vagin d'un sillon plus ou moins profond. La situation de ce sillon est au-dessus de la branche droite de l'ischion. L'étendue et la profondeur du sillon dépendent de la longueur du temps pendant lequel la tête a été comprimée : mais il se produit toujours même si la durée de la compression a été fort courte.

Ces sillons vaginaux ne produisent aucun trouble fonctionnel, et ils échappent souvent parce que l'on ne pratique pas le toucher vaginal. La meilleure manière d'empêcher cet accident est de recourir de bonne heure à l'application du forceps. H. R.

Étude sur la descente dans les bassins normaux, par A. SABATIER (*Thèse de Paris*, 1880).

Cette thèse renferme des vues originales au sujet du mécanisme de la descente de la tête à travers le bassin normal, pendant le travail.

L'auteur distingue deux espèces de mouvements; un seul est capital, nécessaire, c'est la descente de la tête, c'est-à-dire le chemin que parcourt le centre de figure de la tête pendant son trajet à travers le bassin; un autre est accessoire, ce sont les divers mouvements de rotation qu'accomplit la tête autour de son axe vertical; donc: 1° mouvement de progression; 2° mouvement de rotation. Le mouvement de progression se distingue lui-même: A, en engagement, c'est-à-dire en le passage du centre de figure de la tête à travers le détroit supérieur; B, en descente, c'est-à-dire en la translation de ce centre de figure depuis le détroit supérieur jusqu'au détroit inférieur; C, en dégagement c'est-à-dire en le passage du centre de figure à travers les parties molles qui constituent le plancher périnéal. C'est le second de ces mouvements, la descente que l'auteur se propose d'étudier.

Pour cela, il est nécessaire de se rendre un compte exact de la forme de l'excavation pelvienne. On admet généralement que l'axe pelvien est une ligne sensiblement parallèle à la courbure du sacrum. Cette détermination est purement théorique. Ce qu'il faut déterminer c'est un *axe pratique*, c'est-à-dire le chemin parcouru par le centre de figure de la tête à travers le bassin. Or, cet axe pratique n'est pas toujours le même dans les différentes positions de la tête. La conception de Fabbri paraît se rapprocher le plus de la vérité.

L'on coule du plâtre à mouler dans un bassin recouvert de ses parties molles, on voit que le moule obtenu prend la forme d'un cylindre; sa partie inférieure est sphérique et son centre correspondant à la pointe du coccyx, est l'aboutissant de l'axe du détroit supérieur.

La paroi antérieure de ce cylindre n'est pas mesurée par la hauteur de la symphyse du pubis seulement, il faut encore y ajouter la partie correspondante aux deux tiers supérieurs de la branche ischio-pubienne.

L'axe de l'excavation, au lieu d'être décrit par une ligne concentrique à la courbure du sacrum, doit donc être considéré comme étant une ligne droite prolongeant l'axe du détroit supérieur.

Les mouvements qu'accomplira la tête fœtale à travers l'excavation pelvienne se feront donc suivant deux directions, suivant l'axe du détroit supérieur jusqu'au moment où la tête appuiera sur le périnée, puis au moment du dégagement, suivant une autre direction qui, pour l'auteur, est perpendiculaire à la première. D'après cette nouvelle manière de voir, il n'y a plus lieu de discuter sur le synclitisme et l'enclytisme de la tête fœtale pendant sa descente. Elle descend par un mouvement synclitique au prolongement de l'axe du détroit supérieur, par un mouvement enclytique à l'*axe classique*. L'auteur a fait quelques expériences pour démontrer que le centre de figure de la tête fœtale parcourt une ligne ayant la direction du prolongement de l'axe du détroit supérieur. En effet, si on veut faire passer à travers un bassin normal une tête de fœtus,

saisie le plus près possible de son centre de figure, le minimum de la traction exercée est obtenu lorsque la direction de cette traction est parallèle à l'axe du détroit supérieur. De plus, l'examen clinique offre une nouvelle preuve de ce fait. Par le toucher rectal, on reconnaît, en effet, que lorsque la tête fœtale appuie sur le périnée, la suture sagittale correspond à la pointe du coccyx.

L'axe pratique, c'est-à-dire la ligne parcourue par la tête, n'est pas toujours le même, il varie suivant les positions. Si l'on envisage le trajet parcouru par la tête, et qu'on construise un volume de toutes les parties du bassin qu'elle a successivement occupés pendant la descente, on voit que, suivant les positions, la tête aurait occupé (habité) certaines parties seulement de l'excavation, les autres restant vides (inhabitées).

On pourrait ainsi construire trois cylindres elliptiques, l'un par les O. I. G. A et O. I. D. P, l'autre pour les positions O. I. D. A et O. I. G. P, le troisième pour les positions directes et transversales. Ils tendent à empiéter l'un sur l'autre à la partie antérieure du détroit supérieur à diverger à la partie postérieure de ce détroit, enfin, à s'emboîter à la partie inférieure de l'excavation. En d'autres termes, les axes de ces cylindres partiraient de points différents au niveau du détroit supérieur et convergeraient au bas de l'excavation, pour se réunir au niveau de la pointe du coccyx. Ces cylindres présenteraient donc un raccordement antérieur. L'auteur s'appuie sur cette conception originale pour expliquer, comment les positions différentes au détroit supérieur, se transforment en une seule position au détroit inférieur; pour expliquer comment s'accomplit le mouvement de rotation. Nous ne concevons cependant pas bien comment cette théorie suffit à expiiquer la conversion des positions postérieures en positions antérieures.

Un autre cylindre dont la base correspond à la vulve aurait son axe perpendiculaire au prolongement de l'axe du détroit supérieur. Son axe correspond au trajet parcouru par la tête fœtale pendant le dégagement. La rotation qui doit être accomplie auparavant, se fait ou s'achève sur le périnée, dont la sangle musculaire est un agent important.

Conséquent avec sa manière de voir, l'auteur conseille d'exercer sur le forceps des manœuvres qui auront pour résultat de diriger le centre de figure de la tête fœtale directement vers le coccyx, à travers l'excavation pelvienne. Aussi propose-t-il d'obtenir par une pression de haut en bas sur l'entablure des forceps et par une traction en bas et en avant au niveau des crochets une résultante obtenue par la composition des forces, parallèle à l'axe du détroit supérieur. Au détroit supérieur, il défend le procédé de Chailly qui, appuyant l'extrémité du forceps sur son épaule, exerçait avec ses deux mains à l'entablure une force parallèle à l'axe du détroit supérieur. S'il s'agit de tractions mécaniques, il indique que théoriquement l'attache des lacs à l'entablure dirigerait la tête dans le sens voulu; cependant l'attache des lacs le plus près du centre de figure de la tête fœtale a des avantages d'une autre nature, importante en laissant à la tête toute son indépendance, quoique le sens des tractions soit défectueux. On corrigera d'ailleurs cet inconvénient en portant les lacs le plus en arrière qu'on pourra.

Les mêmes principes doivent diriger l'accoucheur dans l'extraction de la tête dernière. PORAK.

Clinical observations on puerperal temperatures, par A.-Leith NAPIER (*Edinb. med. journ., p. 312, octobre* 1881).

L'auteur a cherché à établir des différences thermométriques entre les diverses variétés de complications qui se produisent après l'accouchement. Voici les lois qu'il a cru pouvoir formuler :

1° La température varie après l'accouchement normal. Chez certaines femmes elle peut s'abaisser à 36°, ou s'élever à 37°,5, suivant les susceptibilités individuelles ;

2° Aucune température supérieure à 37°,5 n'est normale au bout des 4 jours qui suivent l'accouchement. Entre le 4° et le 5° jour, quelques femmes peuvent avoir normalement 38° au moment de la montée du lait, mais pour peu que cette température persiste, elle devient pathologique ;

3° Des causes légères, telles que la constipation, la rétention d'urine, donnent parfois naissance à une température de 37°,4 à 38°, passagère ;

4° La rétention de caillots dans l'utérus suffit à faire monter le thermomètre à 38°4, 39°, même ;

5° La métrite ou la périmétrite donnent une chaleur de 39°, avec un pouls lent ;

6° La péritonite est précédée d'un frisson unique et d'une soudaine ascension du thermomètre à 40° et au delà : le pouls est petit. Quand la péritonite est généralisée, elle va jusqu'à 41° et même plus;

7° Les inflammations pelviennes, ovariques et paramétriques, donnent une chaleur de 38°,5 à 39°, avec petitesse du pouls, frissons répétés, qui indiquent chaque fois la pénétration du pus dans l'organisme;

8° La pyohémie et la phlébite utérine dépassent 39°,5 : quand les veines sont envahies, le thermomètre atteint 40°; la pyohémie et souvent, lente à se produire ;

9° La septicémie varie de 39 à 41°. La température ne s'abaisse jamais au-dessous de 39°; elle est essentiellement variable dans sa courbe ; on ne peut porter un pronostic favorable, à moins que la rémission du soir n'atteigne 37°,5 environ. On a vu des malades guérir après avoir eu 41°.

10° Des émotions morales suffisent pour amener une élévation de température de 40°, avec des symptômes analogues à ceux de la métro-péritonite; mais les accidents ne durent pas ;

11° Même avec des températures relativement basses (38°), tant que le pouls est à 120°, on n'est pas à l'abri d'une rechute, cependant la persistance d'une basse température doit faire porter un bon pronostic.

H. R.

The use of the catheter before forceps delivery (De l'emploi de la sonde avant l'intervention au moyen du forceps), par James MORE (*Edinb. med. Journ., p. 244, septembre* 1881).

Les conclusions du mémoire sont les suivantes: Le cathétérisme urétral chez la femme parturiente est indiqué : 1° quand il y a longtemps que la malade n'a uriné; 2° quand il existe au-dessus du pubis une tu-

méfaction distincte de celle produite par le fœtus; 3° dans le cas de très vives douleurs au moment des contractions utérines, surtout quand les douleurs n'ont pas le caractère expulsif; 4° quand les douleurs utérines cessent brusquement; 5° dans le travail prolongé avec ou sans engagement de la tête; 6° quand il existe une cystocèle vaginale.

Après l'accouchement, les circonstances qui nécessitent le cathétérisme sont : l'absence d'urination depuis au moins dix ou douze heures; l'impossibilité à la malade d'uriner, par inertie vésicale. L'existence d'une tumeur suspubienne et de douleurs à la pression de la région hypogastrique sont les signes extérieurs qui annoncent cette complication.

H. R.

The axis traction forceps, par Archibald REITH (*Edinb. med. journ., p.* 700, *février* 1881).

L'auteur juge ainsi le forceps de Simpson, qui n'est qu'une modification de celui de M. Tarnier. D'après lui, il n'effectue point la traction dans la direction de l'axe utérin ou pelvien, mieux que le forceps ordinaire : par suite il ne met pas à l'abri des pressions exercées sur le pubis, et peut, dans quelques cas, blesser la mère et l'enfant. L'avantage qu'il présente d'économiser les forces de l'opérateur, est largement compensé par la possibilité de dépasser de beaucoup la mesure des tractions permises. Par suite, le vieux forceps est encore préférable. H. R.

On a form of post partum incontinence of urine and its treatment by faradism (Sur une forme d'incontinence d'urine consécutive à l'accouchement, et son traitement par l'électrisation), par R.-Milne MURRAY (*Edinburg med. journal, p.* 907, *avril* 1881).

Les causes d'incontinence d'urine chez la nouvelle accouchée sont :

1° Extra-vésicales (déplacement de l'utérus en arrière, tumeurs du bassin comprimant le corps de la vessie, pelvipéritonite, etc.). Toutes ces causes ne sont pas modifiables par le traitement faradique;

2° Causes intra-vésicales (présence de corps étrangers dans la vessie, lésions inflammatoires ou néoplasiques des parois vésicales, pertes de substance de l'urètre, enfin, troubles de l'innervation de la vessie.

L'auteur attire spécialement l'attention sur les conséquences de la pression prolongée de la tête fœtale qui, sans amener nécessairement une perte de substance de la cloison vésico-vaginale, accompagnée de fistule, peut donner lieu à une eschare superficielle et par suite à la production d'un tissu de cicatrice qui gêne singulièrement le jeu du sphincter vésical : de là, une incontinence d'urine persistante.

Enfin, il existe une autre conséquence de la compression par la tête fœtale ; c'est la paralysie directe du sphincter et des nerfs qui l'animent : en voici un exemple.

Une femme, à son deuxième accouchement, entre en douleurs le jeudi matin, 19 juin 1879 : elle reste en travail toute la journée du jeudi et celle du vendredi ; la tête étant engagée, on n'intervient pas pendant la journée du samedi ; ce n'est que le dimanche matin que le forceps est appliqué. A partir de ce moment,

incontinence d'urine persistante et complète. L'examen de la région faite une quinzaine de mois après l'accouchement, laisse voir une fissure verticale de l'urètre, sur une longueur d'un centimètre environ, sans entrave ni perte de substance : le sphincter est paralysé, car une sonde pénètre sans provoquer la plus petite contraction vésicale. Du côté du vagin, se voit une surface granuleuse, succédant à une érosion superficielle, mais sans la moindre trace de fistule.

Au point de vue du traitement, deux méthodes se présentaient : ou bien faire une fistule vésico-vaginale artificielle, avec avivement des surfaces et rétrécissement ultérieur de l'urètre, ou bien restituer au sphincter vésical son énergie contractile. L'auteur adopta ce dernier parti ; pour cela, il employa les courants continus, en faisant passer un électrode de cuivre à travers l'urètre, tandis que l'autre pôle était appliqué sur le sacrum. Le courant fut d'abord très faible, puis augmenté graduellement, durant 5 minutes d'abord, puis 10, 20, 30 minutes. Au bout de cinq semaines la guérison fut complète.

L'auteur en conclut que dans ce cas, la paralysie du sphincter était le trouble fonctionnel dominant. H. R.

Nœuds du cordon, par GUÉNIOT (*Acad. de méd.*, 27 *décembre* 1880. — *Archives de tocologie, février* 1881).

Mme L... accouche au septième mois de sa quatrième grossesse, qui était gémellaire. Les deux enfants étaient morts depuis quelque temps. Ils étaient macérés et contenus dans une poche amniotique unique; ils n'avaient qu'un placenta. Quoique la plupart des auteurs (Levret, Baudelocque, Cazeaux, Devilliers, Chantreuil) n'admettent pas que les nœuds du cordon soient une cause de mort de fœtus, on ne peut dans l'observation actuelle attribuer la mort des deux enfants à une autre cause. On observait, en effet, un nœud assez complexe, mais dont on s'explique facilement la production. Les deux cordons se sont enroulés plusieurs fois autour d'eux-mêmes, et l'un des fœtus a dû passer dans la fente restée libre entre l'insertion des cordons au placenta et le point de leur enroulement. Ce nœud était assez serré pour que la circulation pût être gênée; ce qui devait inévitablement se produire à l'occasion des mouvements actifs du fœtus.

Cette présentation fut l'occasion d'une discussion, et tous les accoucheurs présents s'opposèrent aux conclusions de M. Guéniot. Peut-être, lui a-t-on répondu, l'autopsie des enfants, si elle avait été faite, aurait révélé la cause de leur mort (Blot). Le liquide injecté dans un cordon noué d'une façon aussi serrée que possible peut toujours passer (Tarnier). La plupart des observations de nœud du cordon ont été compatibles avec la vie du fœtus (Depaul), etc., etc. PORAK.

Geburtsstoerung durch Cystocele vaginalis, par DICK (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n°* 15, *p.* 500, *août* 1881).

Tripare, âgée de 22 ans. Deux premiers accouchements et dernière grossesse normaux. Depuis les secondes couches, prolapsus de la paroi vaginale antérieure. Début des douleurs, à 8 heures du matin ; jusqu'au soir, le travail s'accomplit régulièrement, seulement la tête qui se présente reste assez élevée.

Rupture de la poche des eaux, à 7 heures du soir ; en même temps procidence d'une longue anse de cordon.

L'auteur, appelé à ce propos, arriva une heure et demie plus tard. Le cordon ombilical ne bat plus ; la tête est fixée en première position frontale au niveau du détroit supérieur. La vessie énormément distendue, proémine dans la région iléo-cæcale. Au côté droit du bassin, on sent par le toucher vaginal, une tumeur fluctuante, grosse comme un œuf d'oie, qui s'amincit en haut en forme de pédicule et communique avec la vessie appréciable à travers la paroi abdominale.

Le cathétérisme montre que cette tumeur était un diverticule vésical, une cystocèle vaginale, la forme de sablier prise, par la vessie, tenant à ce que le crâne fœtal la comprimait au niveau du détroit supérieur.

Les contractions utérines manquant toujours, malgré l'évacuation de la vessie, l'accouchement fut terminé par le forceps sans difficulté, car le bassin avait des dimensions normales.

Brennecke a publié, dans le *Centralblatt für Gynækologie de* 1879, un cas très analogue. La cystocèle occupait le côté antérieur droit du bassin, tandis que le reste de la vessie était situé symétriquement à gauche. Il en résultait un rétrécissement de la région antérieure du bassin, qui eut pour effet, de déplacer en arrière la tête qui se présentait. Le pariétal, placé en arrière, resta suspendu au promontoire, pendant que la tête s'engageait de plus en plus et ainsi se trouva constituée une position très oblique du sommet, la pariétale antérieure. La vessie vidée par le cathétérisme, l'accouchement fut facilement effectué par le forceps, car les dimensions pelviennes n'offraient rien d'anormal, et la cystocèle, comme dans le fait précédent, était l'unique cause de cette présentation vicieuse.

J. B.

On concealed accidental hœmorrage ; with cases (Deux cas d'hémorragie utérine latente avant l'accouchement), par Edgar BARNES (*The Lancet*, 17 *décembre* 1881).

L'auteur fut appelé, au mois d'octobre 1877, auprès d'une femme de 35 ans, arrivée au terme de sa troisième grossesse et qui attendait de jour en jour sa délivrance. Elle venait d'avoir un frisson assez intense avec défaillance et nausée, qui fut attribué au début du travail de l'accouchement : la présentation étant normale et le col utérin non dilaté, l'accoucheur se retira, ordonnant qu'on le prévînt dès qu'il y aurait du nouveau. Lorsqu'il fut rappelé, six heures plus tard, la malade était extrêmement changée, pâle, défaillante, le pouls rapide et faible, les extrémités refroidies, elle présentait en un mot tous les signes d'une hémorragie interne grave. Le col utérin était souple et dilaté dans la dimension d'une pièce de cent sous, les membranes étaient tendues et la tête se présentait en première position; aucun suintement sanguin ne s'était montré depuis le début du travail, mais l'utérus avait considérablement augmenté de volume et l'énorme développement qu'il présentait montrait assez que l'hémorragie s'était faite à l'intérieur. L'auteur craignant que la rupture des membranes ne suffît pas à provoquer la contraction d'un utérus affaibli par une dilatation excessive, se décida à pratiquer immédiatement la version. L'introduction du bras détermina l'issue d'un véritable flot de sang, dont l'opérateur et les assistants furent inondés; un fœtus mort fut extrait sans grande difficulté et promptement suivi par le placenta, qui était friable et semblait atteint de dégénérescence graisseuse. L'accouchement terminé, le collapsus fit des progrès rapides, l'utérus, en dépit d'une forte dose d'ergot, ne se contractait pas franchement, et la malade succomba une heure et demie plus tard.

Dans un deuxième cas, une femme de 35 ans environ, multipare, fut prise d'une violente attaque de diarrhée qui la jeta dans un grand état de faiblesse; en montant son escalier elle eut une demi défaillance et fit une chute

assez peu sévère en apparence, mais qui fut bientôt suivie d'horripilation, de nausées et de collapsus. Lorsque l'auteur la vit, elle était mourante, complètement exsangue, le pouls faible et incomptable, dans un état de prostration complète. L'examen du ventre ne révélait aucun traumatisme, le volume de l'utérus n'avait rien d'excessif, au toucher vaginal on trouvait le col non dilaté, la tête en présentation normale, et pas la moindre trace de suintement sanguin ou séreux par les voies génitales. On pouvait donc hésiter entre une hémorragie latente ou un collapsus produit par la diarrhée. En dépit des soins qu'on lui prodigua, la malade mourut deux heures après. — A l'autopsie on trouva une ecchymose dans la paroi, antérieure droite de l'utérus; le placenta, inséré sur cette paroi, était détaché au point correspondant sur une étendue grande comme la paume de la main, et une quantité considérable de sang était amassée entre l'utérus et les membranes. Celles-ci n'avaient subi aucune déchirure, et le fœtus était bien développé, nageant dans un liquide amniotique parfaitement normal. Il est donc vraisemblable que l'hémorragie a été la conséquence du décollement partiel du placenta au moment de la chute.

L'auteur étudie le diagnostic des cas de ce genre et fait remarquer les difficultés qu'ils présentent. Comme traitement, il conseille de rompre d'abord les membranes, quitte à faire promptement la version si l'utérus tarde à se contracter. H. BARTH.

I. — **Scarlatina in puerperio, complicirt durch Poliarthritis rheumatica acuta; Genesung (Scarlatine chez une accouchée avec complication de rhumatisme articulaire aigu; guérison), par Paul GRENSER** (*Archiv für Gynækologie, B. XVI, H. 3, p.* 488).

II. — **Étude sur la scarlatine des femmes en couches, par LEGENDRE** (*Thèse de Paris,* 1881).

I.—Il s'agit d'une primipare, dont l'accouchement avait été normal : la convalescence marchait régulièrement, lorsque au septième jour, la scarlatine paraît. La fièvre éruptive présente tous ses caractères habituels : fièvre intense (40° et 140 pulsations pendant les deux premiers jours de l'éruption); angine très modérée, comme elle l'est habituellement dans la scarlatine puerpérale; exanthème et desquamation normale; urine albumineuse, pendant les huit premiers jours de l'exanthème. Au onzième jour des couches, début du rhumatisme par les articulations de la main droite : les articulations gauches du coude et de l'épaule, le coude droit, la symphyse pubienne, la symphyse sacro-iliaque gauche et l'articulation coxo-fémorale gauche sont successivement atteintes. L'urine ne renfermait plus d'albumine, mais le dix-septième jour elle était alcaline et renfermait des phosphates; puis bientôt après, elle devenait fortement acide et riche en urates. Chaque poussée rhumatismale était marquée par une élévation de température. Le dix-neuvième jour, après les couches, paraît sur la peau de nouvelle formation, une miliaire rouge qui s'étend à tout le corps et dure plusieurs jours. Convalescence très longue : guérison.

En y comprenant le cas précédent, 156 cas de scarlatine pendant les suites de couches ont été publiés : sur ce nombre, on compte 80 guérisons et 76 morts, soit 48.71 0/0. H. DE B.

II. — L'auteur a eu l'occasion d'observer un certain nombre de scarlatines puerpérales; il en publie onze observations inédites. De là, l'idée de consacrer à cette maladie sa thèse inaugurale. Il pense que les femmes en couches sont plus prédisposées à contracter la scarlatine que

toute autre fièvre éruptive. La scarlatine est d'ailleurs anormale dans ces circonstances; elle est irrégulière dans son éruption. Quelques-uns de ces cas sont des scarlatines vraies, admises comme telles par les auteurs. Certaines éruptions scarlatinoïdes ne sont que des scarlatines méconnues. Il faudra d'ailleurs les distinguer des éruptions scarlatiniformes observées dans la septicémie et l'infection purulente. La scarlatine puerpérale paraît d'ailleurs avoir un pronostic favorable. PORAK.

Recherches cliniques sur l'albuminurie de la grossesse, du travail et des suites de couches, par P. CASSIN (*Thèse de Paris*, 1880).

Thèse consciencieuse, appuyée sur un grand nombre d'observations personnelles. Elle confirme, au point de vue statistique, les notions acquises auparavant par Blot, Petit, etc., sur la fréquence de l'albuminurie aux diverses époques de la grossesse, au moment du travail et des couches.

L'auteur pense que l'albumine de la grossesse et des couches est peu commune, l'albuminurie du travail est, au contraire, très fréquente. Elle est l'expression d'états pathologiques divers, rarement d'une altération rénale (néphrite ou dégénérescence) devant demeurer persistante. L'albuminurie du travail est liée aux modifications de pression que produit l'accouchement dans le système vasculaire du rein; elle n'en constitue pas moins le symptôme d'un état pathologique général, attesté par la réceptivité morbide de l'individu. L'albuminurie des couches est le résultat des troubles provoqués par la fonction de lactation.

Il y a plusieurs espèces d'albuminurie dans l'urine des femmes enceintes, ainsi que le démontrent des coagulations successives à des températures différentes, 70°, 80°, 100°. Mais on peut surtout tenir compte des deux espèces d'albumine indiquées par Bouchard : l'albumine rétractile et l'albumine non rétractile. Le plus souvent on ne trouve que l'albumine non rétractile, et, dans 31 observations relatées par l'auteur, l'affection fut passagère et le pronostic très favorable. Lorsque l'albumine est rétractile (16 obs.), on trouve souvent dans l'urine des cylindres et des épithéliums, des tubuli à l'examen microscopique; l'affection est bien plus tenace et le pronostic doit être réservé. C'est dans ce cas qu'on observe des suites de couches anormales. Dans le second cas seulement, il y aurait lésion rénale. PORAK.

Contribution à l'étude de mécanisme et du traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta, par P. BITOT (*Thèse de Paris*, 1880).

Cette thèse très complète présente l'état exact de nos connaissances à propos de cette importante question. L'auteur a complété avec soin les travaux les plus récents, publiés à l'étranger et en France. Il donne des statistiques à propos de la plupart des nombreux traitements qui ont été successivement conseillés. Il conclut dans les sens des doctrines professées en France. Pendant la grossesse, le tamponnement constitue le meilleur traitement. Pendant le travail, on peut certainement, suivant certaines circonstances, pratiquer la perforation des membranes ou

exceptionnellement quelque autre traitement. Mais ce qui domine encore les indications thérapeutiques est le tamponnement. Aussitôt que le col sera dilaté, on terminera rapidement l'accouchement par le forceps ou la version. L'auteur a le mérite d'avoir insisté plus peut-être qu'on ne l'a fait avant lui, sur l'importance des hémorragies consécutives à la délivrance et sur le traitement qui leur est applicable. PORAK.

Placenta prævia and rupture of the uterus, par MACDONALD (*The Lancet, vol. II, p.* 601, 1880).

Une femme de quarante-deux ans, déjà mère de quatorze enfants et toujours bien portante elle-même, était en travail depuis quatre heures, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'une perte abondante et d'une douleur vive intra-abdominale. Presque aussitôt elle devenait froide et succombait.

Le toucher vaginal est pratiqué une heure après la mort : le col utérin est bien dilaté, mais il est obstrué par une masse spongieuse qu'on reconnaît être le placenta.

L'introduction de la main permet de constater qu'il est adhérent partout, sauf en un point très limité. Le fœtus n'occupe pas la cavité utérine; on parvient à le sentir dans la cavité abdominale.

Autopsie : une grande quantité de sang remplit la cavité péritonéale. Il n'y a pas de péritonite. La face antérieure de l'utérus présente une large déchirure oblique en bas et à droite; ses bords sont irréguliers. A ce niveau la paroi musculaire est amincie, mais sans altération des fibres. Pas de lésion des autres viscères. V. CAMPENON.

Cas de placenta double, par RICHARDSON (*Boston med. and surg. journal,* 18 *mars* 1880).

Il s'agit de deux placentas parfaitement distincts, dont l'un a 11 centimètres de diamètre, l'autre 8 centimètres. Ils sont séparés par un intervalle de 15 centimetres. De chaque placenta partent deux artères et une veine. Celles-ci se réunissent pour former un cordon ombilical unique, qui contient deux artères et une veine.

Le professeur Hyrtl n'a observé que quatre cas de ce genre. Dans un cas, il y avait des communications artérielles entre les deux placentas. Dans le cas présent, il n'en existe aucune. Chaque placenta présente la forme d'une raquette. J. B. H.

Ueber die Behandlung der Fehlgeburt (Du traitement de l'avortement), par J. VEIT (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IV, Heft* 2, *p.* 180).

L'auteur combat les conclusions du travail publié par Fehling (*R. S. M.*, XVI, 577 et 578), s'appuyant sur les résultats de sa pratique à la policlinique de Berlin, il croit, contrairement à Fehling, qu'il n'y a pas lieu de modifier les règles admises jusqu'à ce jour dans le traitement de l'avortement; il se prononce en un mot pour la méthode expectante, tandis que Fehling adopte et préconise la méthode de l'intervention active.

L'auteur n'admet pas, avec Fehling, que la rétention des membranes

soit un fait fréquent : elle est au contraire très rare, lorsque la femme est entourée de soins intelligents, et garde un repos suffisant pendant et immédiatement après l'accouchement.

L'intervention active, telle que la définit Fehling, est-elle sans danger? Fehling veut que l'on pratique le tamponnement dès que l'avortement est commencé; que l'œuf soit extrait, dès qu'il arrive dans la cavité cervicale ou le vagin, et que l'utérus soit débarrassé des lambeaux de membranes; si le médecin n'est appelé qu'après l'écoulement des eaux, il devra extraire « les restes » aussi promptement et aussi complètement que possible. L'auteur n'a aucun fait positif à opposer à l'assertion de Fehling, qui considère cette manière d'agir comme inoffensive; mais il insiste sur les difficultés d'exécution, dont Fehling ne lui paraît pas avoir tenu compte. Il n'est pas possible, d'après lui, d'extraire le fœtus intact, lorsque le col n'est pas dilaté; et si l'extraction du placenta avec un col bien préparé présente souvent des difficultes, *à fortiori* l'extraction du fœtus à travers un col étroit ne doit-elle pas être représentée comme une opération simple et facile.

En résumé, d'après J. Veit, lorsque l'accoucheur se trouve en présence de la retention du placenta ou des débris de l'œuf, il doit les extraire promptement : lorsque le produit de la conception est encore dans l'utérus, il doit attendre, pour intervenir, qu'une indication positive se présente. Qu'il ait affaire à des hémorragies prolongées, ou à une hémorragie foudroyante, ou à un commencement de décomposition du contenu utérin, à un état d'adynamie menaçant de la mère, il devra, dans tous les cas, proportionner l'activité des moyens mis en jeu à la gravité du péril.

H. DE BRINON.

Klonischer Zwerchfellskrampf im Fœtalleben (Contractions cloniques du diaphragme pendant la vie fœtale), par Alphonse MERMANN (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 16, 1880).

L'auteur a observé chez une primipare, à partir de la fin du 7e mois de la grossesse jusqu'aux derniers jours avant l'accouchement, une sorte de mouvement rythmique, se produisant dans la partie gauche du bas-ventre : ce mouvement, dont la femme avait conscience, était visible pour un observateur attentif : il correspondait à la partie moyenne du dos de l'enfant, en première position du sommet. On sentait un choc très bref, dirigé de l'intérieur vers la paroi abdominale, et se renouvelant régulièrement à des intervalles de 4 à 10 secondes. Le phénomène durait 1/2 heure à 1 heure et se reproduisait presque tous les jours.

Ces signes ne se rapportaient par leurs caractères, ni aux mouvements spontanés du fœtus, ni aux pulsations vasculaires, ni aux contractions cloniques de l'utérus. L'accouchement fut d'ailleurs facile : l'enfant pesait 2,900 grammes et n'offrait aucune anomalie.

L'auteur n'eut l'explication du phénomène que plus tard : appliquant par hasard la main sur la poitrine d'un enfant, deux heures environ après l'accouchement, il sentit le même mouvement rythmique, qu'il avait perçu la première fois à travers la paroi abdominale, et acquit la conviction que dans l'un et l'autre cas, il s'agissait de contractions cloniques du diaphragme.

H. DE BRINON.

MALADIES DES ENFANTS.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par CADET DE GASSICOURT (*T. II, Paris*, 1882).

Les vingt et une leçons dont la réunion forme ce second volume sont consacrées aux maladies congénitales du cœur, au rhumatisme et aux maladies de cœur qui s'y rattachent, à la chorée, à la coqueluche, aux oreillons, à la varicelle, à la scarlatine et à la fièvre typhoïde. Ces matières y sont traitées surtout au point de vue pratique du diagnostic et du traitement ; l'exposé lucide et méthodique des faits y est constamment présenté sous les formes vivantes de la clinique.

En traitant de la cyanose congénitale, l'auteur prend parti pour la théorie de Louis, qui attribue le symptôme le plus saillant de la maladie à l'oxygénation inçomplète du sang, c'est-à-dire à l'obstacle apporté à la circulation pulmonaire, et il formule ainsi le pronostic général des affections congénitales du cœur : la mesure de la vie est en rapport exact avec le degré d'importance de l'entrave qui s'oppose à la circulation. Toutes les conditions qui laissent la circulation plus libre, ou qui en diminuent la gêne, rendent la vie plus longue. L'étude de ces affections est résumée au point de vue clinique dans la connaissance de la sténose de l'artère pulmonaire : c'est la seule maladie constituée, puisque c'est la seule qui se traduise par des symptômes généraux. Il ne reste en dehors d'elle que des lésions qui ne paraissent pas avoir de retentissement sur l'organisme et dont les symptômes, quand ils existent, restent toujours localisés.

Dans l'étude du rhumatisme, se trouvent rapportés une intéressante observation de rhumatisme cérébral hyperpyrétique à marche très rapide, chez un jeune garçon de 13 ans, et un exemple de congestion pulmonaire à forme suffocante avec apoplexie pulmonaire, chez un enfant de 9 ans. L'auteur insiste beaucoup sur la gravité relative de la péricardite qui constitue, dans le rhumatisme infantile, le plus grand élément de gravité immédiate : sur 97 enfants atteints de rhumatisme, 6 sont morts de péricardite. Même à l'état chronique, il conviendrait d'accorder la plus grande importance pronostique à la péricardite : non seulement la péricardite chronique n'est pas susceptible de guérison complète, mais elle a rarement une très longue durée ; autant les cas de mort sont rares avec l'endocardite seule, autant ils sont communs avec la péricardite ou l'endopéricardite. L'asystolie, la dégénérescence du myocarde sont liées chez l'enfant à la péricardite chronique.

La chorée vraie est très souvent, mais non pas toujours, rhumatismale ; elle se rattache parfois à la grande névrose hystérie (quoique presque toujours la chorée hystérique soit une hémichorée) ; dans quelques cas

l'étiologie est différente et alors douteuse. L'auteur a observé un symptôme exceptionnel : ce sont des mouvements irréguliers des globes oculaires, et des mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement de la pupille avec un trouble visuel, momentané qui coïncidait avec la période de dilatation. Il faut mentionner aussi une observation de chorée intense accompagnée de symptômes cérébraux graves et d'hyperpyrexie, la température s'élevant jusqu'à 43° quelques instants après la mort. Outre des lésions méningitiques de nature congestive, l'examen nécroscopique fait par Balzer fit reconnaître une altération spéciale des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, qui présentaient une réfringence remarquable.

L'auteur donne les règles du traitement par l'arséniate de soude administré à doses faibles et continues, quand l'anémie domine, ou à doses croissantes quand l'incoordination est très forte.

A propos de la coqueluche, il faut mentionner surtout un cas d'éclampsie avec hyperthermie ; la mort survint en 48 heures, la température s'éleva dans le même temps de 38°4 à 42°6.

On trouve de même dans les chapitres suivants une série de faits intéressants et de notions cliniques importantes, à propos des rapports de la scarlatine avec la diphtérie et avec le rhumatisme, sur les adénites scarlatineuses, enfin sur la fièvre typhoïde. Ce dernier sujet mérite une mention toute spéciale. G. HOMOLLE.

On the growth of children during the first year, and on the nutritive conditions of early childhood (De la croissance des enfants pendant la première année, et des conditions nutritives de la première enfance), par EVETZKY (*The New York med. journal, février* 1881).

L'auteur a étudié méthodiquement les variations de poids et de taille d'un certain nombre d'enfants depuis la naissance jusqu'à la fin de la première année ; il s'est servi de ses observations pour déterminer l'influence respective des diverses conditions d'existence auxquelles l'enfant est successivement soumis durant la première année de sa vie. Les conclusions sont les suivantes : La première enfance est composée d'un certain nombre de périodes distinctes, dont la première est la période de transition pendant laquelle la nutrition de l'enfant passe progressivement du type normal intra-utérin au type normal extra-utérin. Les affections morbides de cette période ont leur source dans l'inégalité des efforts d'assimilation avec les besoins du processus nutritif. La seconde période est celle de nutrition normale extra-utérine. Puis vient une succession de périodes de dentition et de périodes intermédiaires. L'influence pathogénique de la dentition s'explique par une influence irritante qui, transmise aux centres nerveux, produit certains désordres de la nutrition locale et générale et peut aboutir soit à une prédisposition morbide, soit à une véritable maladie. Pendant les périodes intermédiaires la santé redevient normale. La croissance de l'enfant n'est pas un processus indépendant, gouverné par des lois particulières ; c'est la traduction correcte et fidèle de l'état général. Il y a donc un réel intérêt clinique à l'observer régulièrement. Comme les

variations de poids nous renseignent sur l'état du *processus nutritif*, tandis que les variations de taille nous révèlent le progrès de la *vie cellulaire*, les deux méthodes devraient être employées parallèlement dans cette branche de la physiologie de l'enfance. H. BARTH.

Ueber Ernährung des Säuglings während der ersten neun Tage (De la nutrition du nouveau-né pendant les neuf premiers jours), par Carl DENEKE (*Archiv für Gynækologie, Band XV, Heft* 3).

L'auteur a expérimenté sur 10 enfants, 5 garçons et 5 filles : il a pris soin de peser lui-même chacun de ces enfants, avant et après chaque tetée depuis la naissance jusqu'au jour où la mère sortait de l'hôpital, c'est-à-dire pendant neuf jours. Le résultat de ces pesées est consigné dans une série de tableaux, et les conclusions de l'auteur se résument dans les chiffres suivants.

	Quantité moyenne de lait absorbé chaque jour.	Rapport entre la quantité moyenne de lait par jour et le poids du corps de l'enfant.	Quantité moyenne de lait par tetée.	Nombre moyen de tetées par jour.
1er jour.	44 grammes.	1,4 0/0	19 grammes.	2,1
2e —	135 —	4,5	24 —	5,7
3e —	192 —	6,4	31 —	6,2
4e —	266 —	8,7	40 —	6,7
5e —	332 —	11,3	51 —	7,0
6e —	365 —	11,7	55 —	6,8
7e —	383 —	12,3	60 —	6,3
8e —	411 —	13,2	61 —	6,8
9e —	425 —	13,9	65 —	6,7

H. DE BRINON.

Erfahrungen und Versuche ueber die Verwendbarkeit von H.-O. Opels Nährzwieback als Webenkost für Säuglinge und Rachitis leidende Kinder (Recherches sur l'emploi du biscuit alimentaire de H. O. Opel comme aliment chez les enfants à la mamelle et chez les rachitiques), par E. KORMANN (*Jahrb. für Kinderheilk., Band XVII, Heft* 1, *p.* 25).

Voici les conclusions du mémoire de Kormann :

1° Le produit en question est d'une utilité incontestable. Comme aliment complémentaire chez les enfants qui ont dépassé le 10e mois, quelquefois déjà chez les nouveau-nés qui n'ont pas encore atteint leur 4e mois.

2° Ce produit, par sa composition et son mode de préparation, représente un aliment rationnel, supérieur aux produits du même genre employés jusqu'ici, du moins quant à sa richesse en phosphates ;

3° Son emploi favorise l'augmentation absolue et relative du poids corporel et fournit au système osseux de l'enfant les sels nécessaires à son accroissement.

4° Dans les cas où le rachitisme existe ou est imminent, le mal est at-

ténué; peut-être même que l'emploi prolongé de cette préparation alimentaire serait suivi d'un résultat plus radical.

5° Le prix de revient de cette préparation n'est pas trop élevé et l'est moins que celui des produits similaires en usage.

6° Quant à la composition de ce biscuit alimentaire, il entre dans sa fabrication de la farine de froment, du lait concentré, des sels nécessaires au développement de l'organisme animal et de la levure. L'analyse chimique a donné comme résultats :

9.76 0/0 d'eau.
74.94 0/0 d'aliments respiratoires (dont 5.86 de sucre).
8.56 0/0 d'aliments plastiques (albumine).
2.58 0/0 de graisse.
4.16 0/0 de principes inorganiques (dont 2.25 de phosphate acide de chaux).

Nous nous bornons à indiquer sans commentaires les conclusions de ce mémoire, n'ayant aucune expérience personnelle du produit alimentaire en question. F. LABADIE-LAGRAVE.

Scarlatine et varioloïde : succession rapide de ces deux fièvres éruptives chez le même sujet, par A ESTORC (*Montpellier médical, p.* 385, *mai* 1880).

L'observation qui fait l'objet de cette note concerne un jeune enfant de 12 ans qui, atteint de scarlatine franche, éprouve, huit jours après le début de la desquamation, les premiers symptômes d'une varioloïde qui évolue très régulièrement. Dans les recherches auxquelles s'est livré l'auteur, il n'a trouvé que quatre faits analogues : si l'évolution simultanée des deux éruptions est relativement fréquente, par contre, la succession, soit de la scarlatine par rapport à la variole, soit de la varioloïde par rapport à la scarlatine, est très rare. Dans le cas actuel, la scarlatine a exercé une influence locale sur l'éruption variolique, qui a présenté trois caractères remarquables : 1° au lieu de débuter par la face, elle s'est d'abord montrée sur le tronc, comme l'exanthème scarlatineux, dont elle a suivi absolument le mode d'envahissement; 2° les pustules se sont groupées en nombre considérable autour des points primitivement atteints par la scarlatine; 3° pas une seule n'a siégé sur ces points eux-mêmes (?). Le premier de ces caractères n'a, d'après l'auteur, jamais été signalé jusqu'ici. H. R.

I. — Eine Rubeola Epidemie, par ROTT (*Bayrisch. Intellig. bl.*, *n°* 10, 1879).

II. — A case of rubeola (Rötheln), par Dyce DUCKWORTH (*The Lancet*, 13 *mars* 1880).

III. — On Rötheln, Rubeola, or german measles (Rötheln des Allemands), par Douglas HEMMING (*Edinburgh med. journal*, *n°* 52, *juillet* 1880).

IV. — The diagnosis of rötheln, par James ROBINSON (*Med. Times and Gaz.*, 16 *octobre* 1880).

I. — Sur 17 personnes affectées de rubéole (rötheln), 16 avaient eu récemment la rougeole; un enfant a subi en six semaines deux atteintes successives de rubéole.

L'incubation dure dix-huit jours. Le stade prodromique, qui débute sans être précédé d'aucun phénomène morbide, dure douze ou vingt-quatre heures. Il n'y a de fièvre que dans le cas de complication chez sept malades; on nota une rougeur marbrée du palais. Dans trois cas, compliqués d'angine, il y eut de la gêne pour avaler. Quatre fois les glandes sous-maxillaires, sous-auriculaires et cervicales furent tuméfiées et douloureuses. Dans les cas compliqués, la fièvre se montra peu avant et pendant la durée de l'éruption; chez trois autres malades, un mouvement fébrile accompagna le début de l'éruption. L'exanthème est constitué par des macules de la dimension d'une tête d'épingle, ne faisant pas de relief à la surface de la peau, rondes, non déchiquetées et jamais confluentes. Elle apparaît d'abord au dos, puis à la poitrine, au cou et enfin au visage. Elle reste au plus quelques heures visible sur chaque point, et, comme elle s'étend très lentement, on voit souvent des points en desquamation, tandis que sur d'autres les boutons ne font encore que paraître. La maladie peut se prolonger jusqu'au quatorzième jour. Très souvent on voit apparaître des oreillons de trois à cinq jours après la desquamation. Les complications les plus communes sont l'angine et les engorgements ganglionnaires. G. HOMOLLE.

II. — L'auteur fait remarquer les incertitudes qui règnent encore dans l'esprit des pathologistes, surtout en France et en Angleterre, au sujet de la nature véritable et de la signification morbide de la maladie appelée Rubéole (*Rötheln*). Il rappelle que Murchison, il y a peu d'années, a reconnu la rubéole comme une fièvre exanthématique distincte. Comme contribution à l'histoire de cette affection singulière, il relève l'observation suivante :

Garçon robuste de dix-huit ans, a été soigné autrefois par moi d'une rougeole parfaitement caractérisée, et d'une scarlatine grave, compliquée de néphrite et d'anasarque, dont il a parfaitement guéri.—Le 14 novembre 1879, il se sentit mal en train et fatigué plus que de raison; cependant il dormit tranquillement, et le lendemain matin put vaquer à ses occupations. Vers une heure de l'après-midi, il eut de légers frissons, et dans la soirée on remarqua que sa figure et son cou paraissaient rouges et tuméfiés; il y avait un peu de raideur et de sensibilité sous la mâchoire inférieure. — Le 16 au matin, en s'éveillant, il était couvert d'une éruption qui rappelait de très près celle de la rougeole : c'étaient de petites plaques papuleuses d'un rouge vif, disséminées sur le tronc et les membres, et affectant çà et là une disposition en croissants parfaitement nette. La face, relativement respectée, était rouge et turgide, la peau tendue et sans souplesse. La gorge, chaude et douloureuse, offrait une rougeur vive limitée à l'isthme du gosier; les amygdales étaient tuméfiées, surtout la gauche, et les ganglions de l'angle de la mâchoire fortement engorgés et douloureux. Langue nette; pouls régulier, tendu, à 84. Un peu de rougeur conjonctivale, mais pas de larmoiement. Pas de toux, ni d'éternuements; voix légèrement enrouée. Constipation; urines abondantes, claires, acides, non albumineuses. Pendant la journée, l'éruption change peu à peu de caractères, les taches isolées devenant confluentes. Le soir, la température était de 39°; l'aspect de la gorge toujours le même, les glandes sous-maxillaires et sous-occipitales très tuméfiées. Pas de douleurs ni de démangeaisons, sauf à la face, qui est uniformément rouge et gonflée. — Le 17, après une bonne nuit, l'éruption s'était entièrement généralisée; la peau était uniformément rouge, injectée, avec de nombreuses plaques légèrement saillantes. Téguments de la face moins tendus : T. 37°9; pouls 64, bon. Langue presque nette; rougeur générale du pharynx, sans exsudation; en-

gorgement et sensibilité à la pression des ganglions cervicaux, sus-claviculaires, et même axillaires et inguinaux. Dans la soirée, l'éruption commence à pâlir. Épistaxis peu abondante. T. 36° 7. Urine alcaline, riche en phosphates non albumineuse. — Le 18, la peau est encore injectée; les papules ont pris une teinte jaunâtre et sont à peine perceptibles. La gorge est rouge, les amygdales encore volumineuses; le voile du palais parsemé de petites taches pétéchiales. P. 80 environ; T. 37°. Légère douleur à la cheville droite. L'engorgement glandulaire persiste. Le soir, la langue est un peu chargée, les papilles fongiformes très apparentes. — Le 19, l'éruption est encore visible sous forme de marbrures légères; les conjonctives sont moins injectées. Les ganglions sous-maxillaires ont diminué de volume; encore quelques taches sur le voile du palais; langue plus nette. Appétit bon: digestions régulières. Urines acides, non albumineuses. — Le 20, encore quelques traces de l'éruption; les ganglions sous-maxillaires ont beaucoup diminué. — Le 22, légère trace d'albumine dans l'urine, qui persiste jusqu'au 24. Pas d'accidents ultérieurs; convalescence régulière. On a observé un peu de desquamation seulement sur les oreilles. H. BARTH.

III. — Les principales différences de cette fièvre éruptive hybride avec la scarlatine et la rougeole sont les suivantes :

1° Température en général peu élevée, à peine fébrile, moindre que dans la scarlatine;

2° Éruption survenant d'emblée et couvrant la totalité du corps, tandis que, dans la rougeole, elle atteint d'abord la face, et le tronc et les aines chez les scarlatineux. Les plaques congestives de la rubéole sont surelevées, et leur centre plus foncé que la périphérie;

3° La rubéole ne garantit nullement d'une attaque de rougeole ou de scarlatine, et inversement. Brenehley a publié (*Lancet*, nov. 1870) un cas de rubéole suivie immédiatement après d'une scarlatine;

4° La desquamation de la rubéole se fait par petites écailles épidermiques, et non par larges plaques squameuses comme dans la scarlatine. Les squames tiennent le milieu entre celles de la scarlatine et la desquamation furfuracée de la rougeole;

5° Enfin la langue présente quelques caractères différentiels. Elle est d'abord plus ou moins saburrale, puis devient framboisée, et finalement lisse; chez les scarlatineux, elle reste beaucoup plus longtemps dépouillée: chez les morbilleux, elle se dépouille à peine et ne se nettoie qu'au décours de l'éruption. H. R.

IV. — Cette maladie a été décrite par les auteurs français sous le nom de rubéole.

On peut admettre trois formes de rubéole :

1° Forme légère; l'éruption sort bien, l'angine, les phénomènes bronchiques et le coryza sont peu intenses;

2° Forme grave. Les symptômes de catarrhe sont très intenses, surtout du côté de la gorge;

3° Forme intermédiaire. Les symptômes généraux sont graves; l'influence du poison se fait également sentir du côté de la peau et des muqueuses.

La période d'incubation dure ordinairement de six à sept jours, puis surviennent des symptômes de catarrhe, une élévation considérable et subite de la température, de la toux, du larmoiement, de la céphalalgie, quelquefois des vomissements, et chez les enfants des convulsions. Le

deuxième jour de la maladie, l'éruption paraît d'abord sur le cou et la poitrine, puis sur le tronc, la face et les extrémités. Elle se montre sous forme de taches de grandeur variable, qui se réunissent pour former des plaques plus grandes, saillantes, d'un rouge plus vif que les taches de la rougeole. Cette éruption est accompagnée de démangeaisons. L'éruption pâlit le lendemain et disparaît ordinairement vers le troisième ou quatrième jour. Elle est suivie de desquamation quelquefois presque imperceptible. La température s'élève à 39°5 ou 40° et tombe à mesure que l'éruption pâlit, excepté dans les cas où les symptômes pharyngés prédominent; alors elle se maintient jusqu'à la fin de la maladie.

Dans sa forme légère, la rubéole ressemble à une rougeole, accompagnée d'angine et de tuméfaction des ganglions cervicaux; dans sa forme grave, elle ressemble à la scarlatine accompagnée de catarrhe. L'auteur n'a jamais vu se produire la suppuration des ganglions cervicaux, l'albuminurie, l'œdème, même dans les cas où les symptômes scarlatiniformes avaient prédominé. Les complications les plus fréquentes sont la bronchite et la pneumonie.

La rubéole se distingue de la rougeole par l'angine et l'apparition précoce de l'éruption; de la scarlatine, par le coryza, les caractères de l'éruption et de la desquamation, et par l'absence des complications propres à cette maladie. Enfin elle ne met pas les malades à l'abri de la rougeole ou de la scarlatine.

Ce travail repose sur un certain nombre d'observations recueillies par l'auteur pendant deux épidémies de rubéole qu'il eut l'occasion d'observer dans la localité où il exerce. J. B. H.

I. — Neuere Mittheilungen über Retropharyngeal-Abcesse und Retropharyngeal-Lymphdrusen-Entzündungen aus dem Pesth-Kinderspitale (Nouvelles observations d'abcès rétropharyngés et d'inflammations d'abcès rétropharyngés, relevés à l'hôpital des enfants de Pesth), par BOKAI et J. ALEXY (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XVII, Heft 2 et 3, p.* 195, 1881).

II. — Ueber chronische Pharyngitis und Lymphadenitis retropharyngealis Kindern, par HERZ (*Wien. med. Woch.*, n° 35, 1881).

I. — Depuis la première communication de Bokai (1876) sur le sujet, 60 nouvelles observations d'abcès rétro-pharyngés et 20 autres d'inflammation simple sans suppuration des ganglions rétro-pharyngés, ont été relevés à l'hôpital des enfants malades de Pesth.

Bokai divise les abcès rétro-pharyngés en idiopathiques ou primitifs et en secondaires ou consécutifs les uns, à une spondylite cervicale, les autres à la septicémie diphtéritique, d'autres enfin à une inflammation phegmoneuse et d'origine traumatique de la paroi postérieure du pharynx. Les 60 cas relevés dans la nouvelle statistique se répartissent de la façon suivante :

50 abcès idiopathiques ;
4 consécutifs à un abcès du cou ;
3 consécutifs à la spondylite cervicale ;
2 survenus dans le cours de la scarlatine
1 survenu dans le cours de la rougeole ;

Dont :

44 ont été ouverts à l'aide du bistouri de Schmitz dans l'arrière-gorge ;
2 ont été ouverts à l'aide du doigt ;
1 a été ouvert au cou ;
6 se sont ouverts spontanément dans l'arrière-gorge.
7 ne se sont pas ouverts du tout.

60

Les 7 derniers malades ont été perdus de vue ; 51 enfants ont guéri, deux autres sont morts. La plupart de ces abcès siégeait d'un seul côté et on en peut dire autant de simples lymphadénites du cou. Naturellement le côté correspondant du cou était tuméfié. Les deux sexes ont fourni un égal contingent aux abcès rétro-pharyngés ; pour la lymphadénite non suppurée on compte 14 garçons contre 6 filles. Ce sont les enfants au-dessous d'un an qui figurent pour la plus large part dans le total des cas. La plus grande fréquence de ce genre d'affections tombe sur la saison froide et humide.

L'auteur donne ensuite une relation concise des 15 principales observations qui ont été le point de départ de son travail. Nous signalerons dans le nombre un cas d'abcès rétro-pharyngé à droite, chez un enfant de 3 mois, atteint de syphilis congénitale avec paralysie faciale, un cas d'abcès rétro-pharyngé ouvert dans la carotide commune avec hémorragie spontanée mortelle sans qu'à l'autopsie on trouvât une esquille capable d'expliquer la déchirure de la paroi vasculaire. L'abcès, d'ailleurs, ne dépassait pas le volume d'une noisette et renfermait du pus de bonne nature. F. LABADIE-LAGRAVE.

II. — L'auteur fait remarquer d'abord la fréquence, chez les enfants, surtout à partir de l'âge de trois ans, de la pharyngite chronique avec ses différentes formes et sa propagation au nez et aux trompes d'Eustache. Il cite ensuite plusieurs cas de lymphadénite rétro-pharyngienne, affection qu'il regarde comme la cause constante des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, sans qu'on puisse dire la cause déterminante de la suppuration.

1° Garçon de 2 ans 1/2, atteint, trois mois auparavant, d'otite moyenne intense et de périostite de l'apophyse mastoïde. Il est pris sans prodromes, pendant la nuit, de dysphagie et de dyspnée intense, le médecin appelé le trouve anxieux, inquiet, refusant toute boisson, le cou raide; dès qu'il essaie de dormir, la respiration s'embarrasse et bientôt il est forcé de s'asseoir sur le lit, t. 38°3, p. 100. L'examen de la gorge est difficile mais avec le doigt on trouve sur la pharynx, à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur de la grosseur d'un haricot. Cette tumeur peut se voir deux jours après, quand les symptômes inflammatoires ont diminué ; elle conserve sa dureté et ne s'abcède pas. Au bout de dix jours la guérison est complète.

2° Garçon de 1 an 1/2, syphilitique, atteint d'abord de parotide suppurée ; cinq semaines après la guérison de cette maladie, les parents remarquent chez lui de la raideur du cou, de la dysphagie et de la dyspnée. L'examen digital permet de constater sur la paroi postérieure du pharynx à droite de la ligne médiane, une tumeur grosse comme un grain de chènevis ; les ganglions sous-maxillaires et quelques ganglions de la nuque sont engorgés. Pendant les huit jours qui suivent, la tumeur augmente, atteint la grosseur d'une fève, sans que les symptômes fonctionnels s'exaspèrent. Au bout de quinze jours, sans traitement local, elle a complètement disparu.

3° Garçon d'un an, très anémique, affecté, à la suite d'une parotidite suppurée à évolution lente, de troubles de déglutition et de la respiration analogues à ceux des observations précédentes ; on trouve à gauche de la ligne médiane, du côté de la parotide malade, sur la paroi postérieure du pharynx, une tumeur grosse comme un pois, qui ne se ramollit pas, mais diminue progressivement de volume et disparaît en vingt jours.

4° Petite fille de 2 ans : gonflement des ganglions sous-maxillaires et parotidiens à gauche, rougeur des amygdales et des piliers ; tumeur pharyngienne grosse comme une lentille, dure. Mêmes symptômes et même terminaison que les autres.

5° et 6° Phénomènes analogues chez des garçons de 2 ans, sans engorgements ganglionnaires à l'extérieur, mais avec rougeur et inflammation de la muqueuse pharyngée.

Dans les 5 autres observations qui terminent ce mémoire, on ne trouve plus, à l'origine, de parotidite, mais il y a toujours des signes manifestes de scrofule. Les tumeurs ganglionnaires rétro-pharyngiennes se sont constamment résolues en quelques jours sans suppuration.

L. GALLIARD.

Retropharyngeal abcess in an infant ; sudden death by hœmorrhage, par James CARMICHAEL (*Edinb. med. Journ., p.* 24, *juillet* 1881).

Un enfant âgé de cinq semaines prend froid dans une sortie : deux jours après, symptômes fébriles, engorgement des glandes du cou, gêne respiratoire et dysphagie. 48 heures plus tard, ces symptômes deviennent assez menaçants pour faire craindre l'invasion d'un abcès rétropharyngien. Au moment où le médecin appelé en consultation arrive dans la chambre de l'enfant, celui-ci vomit un flot de sang et meurt en quelques secondes.

L'autopsie fit voir un abcès rétropharyngien communiquant avec la cavité postamygdalienne et ayant donné lieu à une ulcération de l'une des branches de la carotide externe.

L'auteur ne connaît qu'un cas de ce genre, qui a été rapporté par Erichsen.

H. R.

Ueber die Gelbsucht bei neugeborenen Kindern (De l'ictère des nouveau-nés) par Alois EPSTEIN (*Sammlung klinischer Vorträge, n°* 80, 1880).

L'auteur définit l'ictère des nouveau-nés, une coloration jaune, anormale de la peau et des muqueuses des nouveau-nés, causée par la présence d'un pigment et offrant en général une marche typique. Il met de côté par conséquent l'ictère d'origine hépatique, dont il ne conteste pas l'existence chez le nouveau-né, mais qui est beaucoup plus rare. Après avoir montré pourquoi l'ictère des nouveau-nés doit être considéré comme un fait pathologique, l'auteur en décrit les symptômes et la marche : sa description s'éloigne peu du tableau qu'en ont tracé Porak *R. S. M.*, XVII, 509, et Depaul (article Nouveau-Nés, du *Dictionnaire encyclopédique* (1879).

L'auteur a constaté, dans les formes intenses, que le pus blennorrhéique était coloré en jaune.

Il a fait de nombreuses expériences au point de vue de l'existence du pigment biliaire (Gallen pigment) dans l'urine des nouveau-nés ictériques ; et il a constaté par la méthode d'Huppert, que les urines qui en

contenaient étaient en très petit nombre. La méthode d'Huppert consiste à agiter l'urine avec de l'eau de chaux, laver le liquide filtré à l'alcool, et ajouter de l'acide sulfurique : s'il y a du pigment biliaire, on obtient une coloration verte (*grünliche, bis laubgrüne Farbe*). L'auteur a renoncé au procédé de Gmelin et au chloroforme, qui ne lui ont jamais donné de résultats certains.

Mais ce qui caractérise l'urine dans l'ictère des nouveau-nés, c'est la présence d'un pigment particulier, que l'on trouve à l'état cristallin ou amorphe et qui se distingue nettement de l'acide urique avec lequel il est souvent mêlé : sa couleur est jaune ou jaune rouge, tandis que l'acide urique est d'un vert sombre : par l'addition d'une lessive de soude et d'acide acétique, l'acide urique se transforme en urate de soude, offrant les formes connues de tables rhomboïdales ou de pierres à aiguiser ; tandis que le pigment n'est pas modifié. Au microscope le pigment se présente sous la forme de minces aiguilles disposées en touffe d'un jaune clair, ou brunes, ou en petites tables, ou en granulations amorphes jaune rougeâtre. On le trouve dans tous les organes, mais surtout dans les reins, où il est toujours en plus grande abondance ; on le trouve aussi dans le sang et autour des vaisseaux : l'auteur a constaté sa présence dans le cerveau, la muqueuse linguale et le foie. La formation de ce pigment paraît en relation intime avec l'ictère. Quelle est sa nature et son origine : bilirubine, hématoïdine ? L'auteur ne croit pas qu'on puisse se prononcer, tant que ces deux corps ne seront pas même connus au point de vue clinique.

L'auteur ne peut admettre que l'ictère des nouveau-nés soit d'origine hépatique : car il n'offre au point de vue clinique, ni décoloration des selles, ni ralentissement du pouls, ni réaction bilieuse de l'urine (au moins dans la majeure partie des cas) : au point de vue anatomique, on ne trouve pas de lésion du foie, et surtout pas d'obstruction des voies biliaires. Les deux phénomènes qui caractérisent l'ictère des nouveau-nés, la présence du pigment cristallisé dans les tissus et la marche typique de la maladie, strictement limité au premier temps de la vie, sont plutôt des arguments en faveur de l'origine hématique de l'ictère. En ce qui concerne le pigment, il est difficile d'admettre qu'il soit le produit de sécrétion du foie : car on le trouve chez les fœtus macérés ; on ne le trouve pas dans l'ictère par rétention biliaire des adultes, et enfin ce n'est pas dans le foie qu'on le trouve en plus grande quantité. On est donc conduit à supposer que la formation de ces cristaux a lieu dans le sang lui-même, et est peut-être le résultat de la destruction des globules rouges. Or, les recherches de Neumann et Kölliker, de Denis, de Wiskemam et d'Hayem, sur le sang des nouveau-nés, tendent à démontrer qu'il y a réellement dans les premiers jours de la vie une destruction plus ou moins abondante des globules sanguins : ce phénomène serait sous l'influence des fonctions physiologiques nouvelles, qui s'établissent au moment de la naissance, et en particulier de la respiration.

Toute perturbation générale de l'organisme, en particulier tout ce qui trouble les fonctions de respiration, de circulation et de calorifaction, peut déterminer une exagération ou une déviation de ce processus de destruction des globules rouges, et par suite produire l'ictère. Ainsi s'explique l'influence de l'atélectasie pulmonaire, des

affections intestinales, de la nourriture artificielle, du refroidissement pendant les premiers jours de la vie. Les enfants nés avant terme, les premiers nés, des enfants dont l'accouchement a été prolongé ou compliqué d'opération, seront, à cause de leur faiblesse relative, plus fréquemment atteints : les garçons, qui par le fait d'une loi inexpliquée, présentent, pendant la première enfance une mortalité et une morbidité plus grande que les filles, seront aussi plus sujets à l'ictère que celles-ci. Enfin l'ictère sera plus fréquent chez les enfants dont les parents sont atteints de maladies constitutionnelles ou qui vivent dans de mauvaises conditions hygiéniques. Enfin l'infection septique joue un rôle considérable dans l'étiologie de l'ictère ; et dans les hôpitaux, on peut dire, avec le professeur V. Ritter, qu'elle joue le principal rôle. L'auteur comprend sous le nom d'infection septique non seulement les cas aigus, promptement suivis de mort, avec altération du sang, ictère et métastase, mais encore les cas chroniques, sans métastase, ayant le plus souvent pour origine la plaie suppurante de l'ombilic, ou les vaisseaux de l'ombilic.

Au point de vue du pronostic, l'auteur croit qu'un enfant ictérique ne doit jamais être considéré comme bien portant, et qu'il doit être soumis pendant plusieurs jours à une observation attentive. Comme traitement, Epstein conseille l'expectation et proscrit les laxatifs. Au point de vue prophylactique, il recommande les soins hygiéniques. H. DE BRINON.

Ueber cerebrale Embolie bei Neugeborenen (Les embolies d'origine cérébrale chez les nouveau-nés), par Carl RUGE (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band IV, Heft* 2, *p.* 271).

Lorsque la tête de l'enfant a subi une pression instrumentale violente, céphalotribe, forceps; ou lorsque par suite de la présentation ou de l'étroitesse du bassin, la pression de l'utérus sur la tête a été exagérée, il peut arriver que des parcelles de substance cérébrale broyée, pénètrent dans les vaisseaux sanguins, et après l'accouchement, forment des embolies dans divers organes (poumons, cerveau). On ne devra pas perdre de vue cette possibilite, lorsqu'on ne trouvera aucune lésion capable d'expliquer la mort de l'enfant; particulièrement dans les cas de rétrécissement du bassin. H. DE BRINON.

Ein Beitrag zur Kenntniss der spinalen Lähmung bei Neugeborenen (Contribution à l'étude de la paralysie spinale chez les nouveau-nés), par Th. LITZMANN (*Archiv für Gynækologie, Band XVI, Heft* 1, *p.* 87).

Chez une enfant, observée par l'auteur, on vit se développer le jour même de sa naissance, une paralysie complète des membres inférieurs, avec parésie du rectum et de la vessie, et flexion permanente du pied gauche. La paralysie des membres inférieurs, bien qu'améliorée par le traitement électrique, persistait encore 11 mois après la naissance.

Cette affection ne peut s'expliquer, pour l'auteur, que par une lésion centrale, portant vraisemblablement sur le renflement lombaire de la moelle épinière, et résultant de l'accouchement. Il ne s'agit pas, comme

dans le cas de Parrot (*Union médicale*, 1870), d'une rupture de la moelle épinière, ou comme dans ceux d'Ahlfeld et de Ruge, de ruptures de la colonne vertébrale; car, dans le cas actuel, la traction exercée sur le pied de l'enfant avait été très modérée et toujours dirigée dans l'axe de la colonne vertébrale; de plus, la colonne vertébrale, fréquemment examinée, n'avait présenté aucun phénomène morbide : enfin, si la vie eût été conservée avec une rupture de la colonne vertébrale ou de la moelle, on aurait observé des suites encore plus graves; paralysie plus complète de la vessie, décubitus, etc. L'auteur pense donc que la paralysie doit être attribuée à un épanchement sanguin dans le canal vertébral, dans l'espace sous-arachnoïdien; cette hémorragie serait due aux froissements, aux tiraillements inévitables pour la colonne vertébrale dans toute extraction par les pieds, et surtout aux troubles circulatoires occasionnés par les torsions nombreuses d'un cordon très mince. L'amélioration lente et partielle de l'enfant s'explique par la résorption de l'exsudat, tandis que la persistance de la paralysie dans le territoire des doux cruraux et dans une partie de celui des péroniers, indique une affection secondaire limitée des cordons gris de la moelle.

La production au moment de l'accouchement d'hémorragies spinales, sans altération mécanique de la colonne vertébrale, n'est pas un fait rare. Sur 81 autopsies dans lesquelles le canal vertébral a été ouvert par l'auteur ou par son collègue Weber, on a constaté 33 fois des épanchements sanguins dans le canal; et dans tous les cas, la colonne vertébrale était indemne. Treize de ces enfants étaient morts ou mourants au moment de leur naissance; les autres avaient vécu de 1 à 28 jours. 26 fois l'accouchement avait eu lieu par le sommet; et sur ce nombre, 6 fois avec le forceps, et les autres fois spontanément; 7 fois il avait eu lieu par les pieds (3 versions).

W.-J. Little, qui a observé sur des enfants de 1 à 10 ans, 38 cas de paralysie des membres inférieurs, compliqués ou non de paralysie des membres supérieurs, arrive à cette même conclusion, que l'origine de ces paralysies infantiles est dans une lésion des centres nerveux, et surtout de la moelle, et que cette lésion se produit pendant l'accouchement.

H. DE BRINON.

Very large spina bifida involving the cervical region : new operation, par Rich BUTCHER (*The Dublin journ. of med. sc., p.* 392, *novembre* 1881).

Enfant de 10 mois, atteint d'un volumineux spina bifida, occupant toute la région cervicale depuis l'occiput jusqu'à la seconde vertèbre dorsale. La tumeur mesurait 12 pouces 1/2 de circonférence, 8 pouces transversalement, 6 pouces verticalement; elle était dure, tendue, recouverte de peau saine. La pression ne la réduisait pas de volume et ne déterminait aucun phénomène nerveux.

L'auteur la ponctionna avec un trocart très fin et vida la poche de la plus grande partie de son liquide; cela fait, il entoura le pédicule du sac avec un enduit de plâtre, afin d'immobiliser et aussi de comprimer la tumeur. Quelques jours plus tard, sans attendre que la méningocèle fût aussi volumineuse, nouvelle ponction, suivie d'un affaissement encore plus marqué du sac; aucun accident consécutif. Malheureusement la mère de l'enfant eut à faire un

voyage de quelques jours; pendant cette période, l'enfant contracta la scarlatine et mourut.

L'auteur donne l'analyse suivante du liquide ponctionné (poids spécifique : 1007,58) :

Albumine	traces.
Chlorures	abondants (63 0/0 des sels fixes).
Sulfates	trace.
Phosphates alcalins	trace.
Sucre	0.

Il insiste spécialement sur cette absence de sucre, parce que, dans la composition du liquide céphalo-rachidien, tel qu'on le recueille à la suite des fractures du crâne, cette substance ne fait presque jamais défaut. Ici, elle manque absolument, ce qui peut faire supposer qu'il s'agissait d'une méningocèle simple, ne renfermant pas de vrai liquide rachidien.

H. R.

Case of occlusion of the small intestine in a new born child, par William CRAIG (*Edinb. med. Journ.*, *p.* 146, *août* 1881).

La dame A..., ayant déjà perdu quelques années auparavant un enfant d'obstruction intestinale, accouche le 11 avril dernier d'un garçon fort et bien constitué en apparence. Dans la journée même, le nouveau-né commençe à vomir, bien qu'il n'ait aucune imperforation anale ni rectale. Le lendemain, le ventre est ballonné et les vomissements persistent. Le troisième jour, l'enfant meurt dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve une obstruction située au niveau du cinquième supérieur de l'iléon : à ce niveau existe une sorte de bride ressemblant comme structure à l'épiploon, qui n'était pas l'agent de l'étranglement. Toute la partie supérieure à ce niveau était distendue par des gaz : au-dessous, l'intestin était atrophié et ne contenait qu'un mucus grisâtre sans méconium. En ouvrant l'intestin au-dessus de l'étranglement, on reconnut qu'il se terminait en cul-de-sac; il s'agissait dès lors vraisemblablement d'un arrêt de développement de l'intestin, bien plus que d'une obstruction par bride épiploïque.

H. R.

Dégénérescence amyloïde de la rate, par A. STEFFEN (*Jahrb. für Kinderheilk.*, *XVII*, 1881).

La dégénérescence amyloïde de la rate est loin d'être rare chez les enfants. Lorsqu'on l'observe chez des enfants, on est tenté d'invoquer comme cause la syphilis héréditaire. Steffen rapporte un cas où la dégénérescence amyloïde était limitée à la rate, qui elle-même présentait une énorme augmentation de volume. La lésion datait de la naissance. Il fut impossible de recueillir des données exactes sur l'étiologie.

F. LABADIE-LAGRAVE.

Ruptur der Milz (Rupture de la rate), par A. STEFFEN (*Jahrb. für Kinderheilk.*, *Band XVII*, *Heft* 1, *p.* 88, 1881).

La rupture de la rate est rarement observée chez les enfants. Après avoir mentionné un certain nombre d'exemples de ce genre d'accident,

empruntés à divers auteurs et dont l'un a été publié par Steffen lui-même (*Jahrb. für Kinderheilk.*, t. IV, p. 334, 1871), l'auteur en relate une nouvelle observation qu'il a recueillie à l'Institut anatomo-pathologique de Leipzig.

Il s'agit d'un enfant mort-né qui présentait au moment de sa naissance une distension considérable de l'abdomen. A l'ouverture de la cavité abdominale, on vit s'échapper au dehors une grande quantité de sang noirâtre diffluent. La rate faisait saillie au-dessous du rebord des fausses côtes; elle mesurait 9 centimètres en longueur et 5 centimètres en largeur. La capsule était un peu plissée, ce qui semblait prouver que l'organe avait subi une brusque diminution de son volume. A sa surface, à l'union des tiers supérieur et moyen, on apercevait une déchirure à bords dentelés, de 1/2 à 1 centimètre de profondeur. Les autres organes étaient manifestement exsangues, il fut impossible d'assigner une cause précise à cette rupture. L. LAGRAVE.

Reflexerscheinungen in Folge angeborner Phimosis (Accidents réflexes liés au phimosis congénital, par W. RAY (*The med. Herald, Louisville*, 1880, et *Med. Chirurg. Rundschau*, n° 10, 1880).

L'auteur signale, au nombre des accidents déterminés par le phimosis congénital, les troubles de la parole, le strabisme, l'amaurose, mais il insiste tout particulièrement sur un fait de contracture des deux genoux observé par Sayre chez un enfant de 5 ans. Cette contracture avait résisté à toutes les médications et même à la ténotomie, quand l'attention fut attirée sur un phimosis congénital dont cet enfant était atteint, phimosis accompagné d'une sensibilité telle de l'orifice de l'urètre, que le moindre contact de cette région provoquait des convulsions. Le petit malade guérit complètement de sa double contracture des genoux et des troubles nerveux qu'il avait présentés jusque-là, après l'opération de la circoncision. P. MERKLEN.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Leçons cliniques sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, par A. FOURNIER (2e *édition*, *Paris*, 1881).

Cette deuxième édition est la reproduction textuelle de la première. Sur deux points seulement les idées de l'auteur ont subi une légère modification. Il est aujourd'hui plus affirmatif sur la possibilité de la syphilis par conception (infection de la mère par le fœtus), et moins absolu relativement à la rareté exceptionnelle du chancre induré phagédénique qu'il déclarait autrefois un accident presque inconnu. Quelques additions en note ou dans le texte, relatives à la multiplicité et au phagédénisme du chancre mammaire; à l'acuité possible des adénopathies sous-

maxillaires ; aux erreurs de diagnostic qui peuvent résulter de la coïncidence d'une fièvre vive avec le développement d'une syphilide ; au diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès vulvaire ; aux rapports de l'ecthyma avec les lésions vasculaires ; au pansement des syphilides ulcéreuses par le taffetas de Vigo ; aux plaques lisses de la langue ; à la fréquence des syphilides du larynx ; à l'épilepsie syphilitique secondaire ; aux avortements à répétition, etc., sont disséminées dans le cours du volume. Ce qui distingue essentiellement cette édition de la première, c'est l'addition de huit magnifiques planches en chromo-lithographie reproduisant des types de lésions syphilitiques : chancres, syphilides érosives, papuleuses, ulcéreuses, diphtéroïdes, pigmentaires.

H. DANLOS.

Ueber Schanker, Chancroide, und ihre Metamorphosen (Sur le chancre, le chancroïde et leurs métamorphoses), par Conrad RIEGER (*Vierteij. für Dermat. und Syphilis, p.* 189, 1881).

Cet important mémoire est basé sur des inoculations expérimentales faites à la clinique de Rinecker et sous sa direction dans le but d'élucider l'étude des différentes espèces de chancre. Il se compose de sept chapitres.

1° Essais de provocation des syphilides par la cautérisation. (Cauterisatio provocatoria de Tarnowsky.)

Les tentatives faites avec divers caustiques tels que pâte de Canquoin, caustique carbo-sulfurique, électrodes galvaniques, ont été entièrement négatives. Les plaies de cautérisations ont guéri comme des plaies simples sans prendre d'aspect caractéristique et cependant les malades étaient dans les conditions que Tarnowsky regarde comme les plus favorables au succès, c'est-à-dire vierges de tout traitement et au début de la période condylomateuse. Toutefois malgré ces résultats négatifs, l'auteur ne rejette pas absolument les idées de Tarnowsky et pense que ses propres insuccès peuvent s'expliquer par ce fait que la cautérisation tentée en temps inopportun n'a pas trouvé l'organisme disposé. Il croit que le résultat eût été tout autre si le caustique avait pu agir un peu avant une poussée de syphilides cutanées, mais fait néanmoins observer à titre de conclusion, que la nécessité d'agir à ce moment précis pour obtenir un résultat positif ôte à la cautérisation provoquée presque toute valeur comme réactif d'une syphilis latente. Pour ne pas conclure résolument à la négative, l'auteur s'appuie sur le fait suivant :

Un cordonnier, infecté par le coït en août 1879, se fit quelque temps après deux blessures l'une avec une lime à la cuisse droite, l'autre avec une alène au pouce gauche. D'abord presque insignifiantes, les petites plaies s'étendirent peu à peu. Au mois d'octobre suivant, au moment de l'entrée à la clinique, la plaie de la cuisse mesurait environ six centimètres dans tous les sens. C'était un ulcère végétant dépassant de cinq millimètres le niveau de la peau saine, et recouvert d'une croûte brillante d'un brun sale. Le bord saillant taillé à pic et d'un rouge livide était fortement induré. Un nouvel ulcère de même caractère, mais de plus petite dimension, s'était développé dans le voisinage. La plaie du pouce mesurait un centimètre et demi de diamètre. Iauto-inoculation, et l'inoculation à un sujet sain du pus pris sur le grand

ulcère furent négatives. Le malade présentait les signes ordinaires de la syphilis secondaire. Plaques, exanthème papuleux, polyadénite, etc. Sous l'influence du mercure les plaies ulcéreuses guérirent rapidement, l'induration persista dans les cicatrices pendant quatre semaines.

Abordant à ce propos l'examen des rapports de la syphilis et du traumatisme, l'auteur dit que pendant toute la durée des expériences, l'étude des traumatismes accidentels n'a donné que des résultats négatifs. Les circoncisions, il est vrai, guérissent mal, mais le fait est habituel chez les syphilitiques non mercurialisés. Néanmoins il ne conteste pas l'influence exercée par la syphilis sur l'évolution des blessures, et admet qu'elle se manifeste de deux manières différentes suivant le stade de la maladie. La syphilis est-elle à la période hyperplastique (période secondaire), elle imprime aux plaies son caractère végétant; mais cette complication est sans gravité, car on possède dans le mercure un moyen très actif pour réprimer cette tendance. A la période tertiaire (stade d'érosion, de destruction) l'action de la syphilis est plus fâcheuse, car son caractère ulcéreux qui se communique aux plaies contre-indique l'emploi du mercure et semble même d'autant plus marqué que l'individu est plus mercurialisé.

2° *Inoculations de pus vulgaire.*

A. — *A des sujets non syphilitiques.* Origines du pus: Pustules de gale (50), abcès ganglionnaire du couparotide, ulcère de décubitus, furoncle, résection du genou, abcès mammaire, bubon inflammatoire symptomatique d'un chancre mou. — En tout 57 inoculations toutes négatives.

B. — *A des sujets syphilitiques.* Douze inoculations négatives dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Dans ce chapitre, un cas intéressant d'inoculation vaccinale : un enfant né le 4 mai 1879 de parents syphilitiques, et atteint lui-même de syphilis héréditaire (pemphigus, érythème, etc.) fut vacciné le 5 septembre suivant par trois piqûres au bras avec du vaccin humanisé. Une seule fut positive, mais au bout de quinze jours elle prit un caractère ulcéreux et induré. L'ulcère était indolent à fond lardacé et à bords livides; au toucher on éprouvait la même sensation que si une pièce de monnaie avait été insérée sous la plaie. Ce fait dont on pourrait rapprocher une observation identique de Rinecker (*ibidem*, 1878 p. 259) offre un grand intérêt médico-légal, comme susceptible en cas d'examen superficiel d'exposer le médecin à l'injuste accusation d'avoir inoculé du vaccin syphilitique.

3° *Inoculations de chancres mous à des syphilitiques.*

Sur une femme atteinte de 12 chancres mous génitaux dont la nature avait été vérifiée par une auto-inoculation positive, on prit du pus pour inoculer une femme atteinte de syphilis constitutionnelle récente (plaques, roséole, etc.) et l'inoculée fut aussitôt soumise au traitement mercuriel. Pendant 5 semaines, la plaie d'inoculation présenta l'évolution et l'aspect du chancre mou. Ce temps écoulé, elle devint le siège de modifications remarquables : tuméfaction et induration considérables des bords qui prirent une teinte cuivrée; végétation luxuriante de la surface

ulcérée dont les bourgeons exubérants séparés par des sillons remplis de pus offrirent un aspect que l'auteur compare à celui d'un groupe montagneux volcanique. Le même jour et comme terrain on avait inoculé avec le même pus un sujet favique convalescent d'un typhus grave, chez lequel la plaie fut et resta toujours une chancrelle. La différence d'évolution dans les deux cas tient à la nature syphilitique du terrain dans le premier; et si elle ne s'est manifestée que tardivement, le retard doit être mis sur le compte de la médication mercurielle. D'après l'auteur, en effet, le caractère induré et végétant des ulcères chancrelleux, signalé comme possible par Kaposi, Sigmund et autres, qui l'indiquent sans en donner l'explication, révèle l'existence de la syphilis chez le sujet qui en est atteint. Il se fait sous l'influence irritante du pus une infiltration syphilitique au point d'inoculation (reiz-phänomen, chancre pseudo-induré de Tarnowsky). C'est à une action semblable qu'il faudrait attribuer les indurations secondaires, si communes chez les femmes syphilitiques et décrites sous le nom de scléroses récidivantes. Si au lieu d'être comme précédemment aux premières phases de son mal l'inoculé est dans la période tertiaire, le résultat de l'inoculation est en général différent, ce n'est plus une plaie *végétante* mais une plaie à tendance ulcéreuse et destructive, une véritable gomme que développe le pus chancreux. A l'appui de son dire l'auteur rapporte deux observations, l'une empruntée à Angerer (le chancre était un chancre de Clerc) et l'autre personnelle que voici :

Un sujet de 50 ans, syphilitique ancien (psoriasis invétéré palmaire et plantaire, perforation du voile du palais) fut inoculé (30 mai 1878) avec le pus d'un chancre mou. L'ulcère résultant devint phagédénique serpigineux, guérissant sur un point, envahissant sur d'autres.

Après quatre mois d'existence, il avait l'aspect typique d'une gomme cutanée, à ce point que nombre de praticiens et professeurs à qui il fut montré le prirent pour un tubercule syphilitique ulcéré. Il persista sans tendance à la guérison jusqu'à la mort du malade (janvier 1879) causée par une dégénérescence des reins. L'autopsie montra des nodules blanchâtres du foie, une néphrite interstitielle double, de l'atrophie testiculaire et des gommes du pancréas. Du vivant du malade on avait fait sans résultat des injections de sublimé. Sur tous les points qui en avaient été le siège, l'autopsie montra de petits nodules fusiformes qui furent considérés par Rindfleisch comme des lipomes.

L'auteur dit également, sans plus de détails, avoir déterminé par l'inoculation d'un chancre mou une gomme cutanée chez un enfant atteint de syphilis héréditaire. Des faits précédents il conclut en faveur de la théorie de Tarnowsky sur le rôle de l'irritation dans le développement des syphilides, et considère l'action provocatrice du chancre mou comme moins infidèle que celle des autres irritants. Il se sépare toutefois de Tarnowsky sur la question de fréquence, reconnaissant que bien souvent l'inoculation ne détermine pas autre chose que chez les non syphilitiques. D'après lui, le défaut d'évolution spéciale sera de règle dans deux cas : quand le sujet a été récemment mercurialisé, et quand la syphilis est dans une période de repos.

4° *Inoculation du pus de chancre induré à des syphilitiques.*

L'auteur se contente de dire qu'il a constaté beaucoup d'insuccès et rapporte avec quelques détails les faits suivants :

a. Femme atteinte de chancre induré avec pléiade inguinale. Auto-inoculation positive sans incubation. Guérison des deux chancres dans les délais ordinaires sans phénomènes d'hyperplasie. L'auteur explique leur absence en disant que la syphilis n'était pas encore en activité, un exanthème papuleux ne parut que plus tard.

b. Chancre induré. Auto-inoculation positive après 24 heures. Le chancre d'inoculation reste mou et guérit sans hyperplasie. Même explication que ci-dessus.

c. Sujet porteur de deux chancres, l'un dur (prépuce) et l'autre mou (frein). Double inoculation positive et sans incubation. Ultérieurement les chancres d'inoculation et celui du frein s'indurèrent et devinrent végétants, guérison en trois semaines. Le malade quitta l'hôpital avant l'apparition des symptômes généraux.

5° *Inoculations de chancroïdes à des sujets sains.*

Contrairement à la majorité des syphiligraphes qui prétendent que, pris sur des sujets syphilitiques, le pus d'un chancre mou donne à des sujets sains un chancre induré, l'auteur dit que quatre fois il a communiqué par l'inoculation du chancroïde vrai (chancre de Clerc) à des individus sains un chancre mou et non la syphilis. L'un de ces faits (n° 4) est remarquable à ce titre que le chancre d'auto-inoculation sur lequel on prit le pus avait été précédé d'une incubation de sept jours. L'auteur ne conteste pas la possibilité de résultats différents; il fait observer seulement qu'à l'époque où ont été inoculés les sujets sains, les chancroïdes originels n'avaient pas encore subi les modifications (hyperplasie, induration) que leur communique souvent la syphilis et que, suivant la doctrine de Tarnowsky, l'inoculation pratiquée après ces modifications survenues, aurait peut-être donné des résultats opposés.

6° *Inoculations en série de chancroïdes à des sujets sains et à des sujets syphilitiques.*

Malgré le titre, sur 15 sujets inoculés, un seul était exempt de syphilis et les chancres d'origine n'étaient pas de vrais chancres d'auto-inoculation (chancroïde vrai, chancroïde de Clerc) mais des chancres mous inoculés à des syphilitiques et reportés ensuite sur d'autres sujets. L'auteur ajoute qu'il a choisi, pour les inoculations secondaires, la période où le premier chancre d'inoculation avait subi les modifications (induration et hyperplasie) qui révèlent l'action de la syphilis.

Sur les quatorze syphilitiques inoculés, les résultats ont été avec pas mal d'exceptions (insuccès, absence de prolifération ou d'induration), ceux que l'opinion de l'auteur indiqué précédemment pouvait faire prévoir, végétation exubérante et induration dans les véroles récentes, ulcération destructive et tendance phagédénique dans les syphilis anciennes.

Le sujet non syphilitique de cette série était un cocher de quarante ans atteint de chaudepisse. Le pus d'un chancre de quatrième génération (les premières ayant vécu sur un terrain syphilitique) ne donna

qu'un chancre mou typique. L'individu gardé en observation de deux mois et demi et revu ensuite à plusieurs reprises, parut toujours exempt de syphilis.

7° *Inoculation du catarrhe utérin des syphilitiques aux malades elles-mêmes et à d'autres sujets.*

Une prostituée, syphilitique depuis décembre 1877, fut, en novembre 1879, signalée à la police sanitaire par trois étudiants en médecine auxquels elle avait communiqué des chancres mous multiples éclos en trois ou quatre jours. Les trois étudiants affirmaient n'avoir pas eu depuis longtemps d'autre coït. Deux jours avant la dénonciation, le médecin sanitaire avait trouvé la fille saine. A l'hôpital on ne constata rien autre chose qu'un écoulement cervical intense. L'auto-inoculation de ce liquide à la cuisse donna sans incubation deux vésicules, puis deux ulcères (chancres mous). Le pus de l'un d'eux inoculé à un sujet non syphilitique reproduisit un chancre mou.

A la suite de cet essai, l'on fit pendant quatre mois des auto-inoculations à toutes les syphilitiques atteintes de catarrhe du col. Après une douzaine d'insuccès, on eut une nouvelle inoculation positive. Il s'agissait d'une prostituée en pleine période secondaire. Le chancre mou d'inoculation évolua sans présenter les modifications ordinaires au terrain syphilitique. Inoculé à un sujet psoriasique exempt de vérole, puis de celui-ci à un scrofuleux avec herpès tonsurans, il se reproduisit toujours sous forme de chancre mou.

Arrivé au terme de son travail, l'auteur discute les conséquences à tirer de ces recherches. Cette discussion un peu confuse le conduit à cette conclusion qu'en matière de syphilis il n'y a pas de loi absolue et que le caprice de la maladie domine la situation. Plutôt uniciste, il n'ose rejeter la théorie du double virus; en revanche, il prétend que rien dans ses recherches ne légitime l'admission du chancre mixte. Nous serions arrivés à une conclusion toute différente. H. DANLOS.

Ueber die syphilitische Initialerkrankung der vaginal Portion (Sur le chancre syphilitique du col de l'utérus), par Franz MRAWECK (*Vierteljares. für Dermat. und Syphil., p.* 47, 1881).

Travail basé sur l'observation de 24 faits personnels, dont 22 recueillis à la clinique de Sigmund. Sur ces 24 cas, 7 fois on a constaté l'accident initial avant la période secondaire; 17 fois, au contraire, c'est à cette période seulement que l'examen en a été fait. L'étude comparée de ces 24 observations peut se résumer ainsi :

Le chancre est absolument indolore et ne détermine qu'un écoulement. Il siège le plus souvent sur la lèvre antérieure (8 fois), ou occupe tout l'orifice du museau de tanche (7 fois). 4 fois la lèvre postérieure seule a été prise : 3 fois chancre double, un sur chaque lèvre. Une fois seulement le chancre était situé à l'intérieur du col; chez une autre malade, il occupait la muqueuse renversée de l'orifice.

Plus de la moitié des malades avaient eu des enfants, et l'auteur voit dans la vulnérabilité utérine ou les lésions, *ex partu*, une cause prédis-

posante active. Il explique par l'antéflexion de la matrice le siège habituel du chancre sur la lèvre antérieure.

Les premiers stades de la lésion manquent de caractère. A la période d'état, le chancre est manifestement induré (15 fois), couvert d'exsudat diphtéroïde, et à bord d'un rouge livide très net, autour auréole rouge tuméfiée plus molle. Le reste du col est très rouge, brillant, quelquefois érodé par places et secrète une grande quantité de muco-pus. L'exsudat diphtéroïde enlevé, la surface chancreuse apparaît brillante, mouchetée d'un pointillé hémorragique et sécrétant un liquide assez limpide. Bientôt apparaissent l'engorgement des glandes de l'aine, des plaques sur le vestibule et les lèvres.

Chez les sujets observés à la période secondaire et en état de syphilis généralisée, l'aspect est différent. La tuméfaction œdémateuse autour du chancre est plus considérable et plus ferme, le col augmenté de volume fait dans le vagin une saillie plus considérable. Cette hypertrophie chancreuse a été constatée 18 fois; dont 7 chez des nullipares. Dans la moitié des cas, elle persiste après la guérison du chancre, et peut, en cas de grossesse ultérieure devenir une cause de dystocie. (Rigidité du col.) La consistance du col hypertrophié peut être assez dure pour faire songer au carcinome (Kaposi, Sigmund, Welponer).

Le chancre guérit par ulcération ou nécrose de sa surface. Le bord rouge livide persiste jusqu'au bout, mais au lieu d'être saillant, il se déprime légèrement et se transforme çà et là en une zone cicatricielle. Le fond se couvre de granulations qui saignent facilement. Le diagnostic se tire essentiellement de l'aspect de la lésion ; mais l'auteur avoue que cette donnée est bien souvent insuffisante, et il dit s'être laissé guider mainte fois par l'aphorisme de Sigmund : En présence d'une lésion suspecte du col, si on ne peut l'expliquer par une cause occasionnelle, on doit, en cas de manifestations syphilitiques, la rattacher à la vérole.

L'auteur évalue à 4.7 0/0 la fréquence relative du chancre syphilitique du col. Il ajoute que dans ces cas la syphilis a de la tendance à se localiser dans la région génitale, et cette circonstance explique l'assertion de Simon qui prétend que la syphilis utérine peut guérir sans provoquer de manifestations générales. Comme traitement, l'auteur conseille le pansement à l'iodoforme ou au perchlorure de fer faible (1 pour 200), avec des irrigations vaginales phéniquées (1/2 à 1 0/0). Contre l'induration totale consécutive, il emploie les badigeonnages avec de la teinture d'iode, ou une solution de sublimé au dixième. H. DANLOS.

Excision d'un chancre syphilitique à la 48e heure de sa durée, par MAURIAC (*Annales de dermat. et de syphiligraphie, p.* 533, *juillet* 1881).

Un étudiant en médecine s'aperçut le matin que la femme avec laquelle il venait de coucher était atteinte de blennorrhagie et de syphilis secondaire (plaques, roséole, etc). Il eut d'abord une blennorrhagie; et s'examinant avec une minutieuse attention, vit apparaître sur la muqueuse préputiale 29 jours après le coït infectant deux érosions qui après 48 heures de durée se montraient sous forme de taches lenticulaires, d'un rouge foncé, très finement granulées; un peu humides, rondes, légèrement saillantes, indolentes, ni enflammées, ni indurées avec absence d'adénopathie. Excision immédiate

complète suivie au bout de quatre jours de phimosis avec balano posthite. Au bout de 11 à 12 jours, quand on put ramener le prépuce en arrière, on constata que les deux plaies de l'excision étaient en partie cicatrisées et non indurées; mais qu'une large érosion *non indurée* s'était développée au voisinage de l'une d'elles. Les ganglions de l'aine se tuméfièrent un peu et au 63e jour, après l'apparition des deux papules excisées, il poussa dans le sillon balano-préputial cinq à six plaques d'induration présentant au plus haut degré la consistance et l'élasticité du néoplasme primitif; à surface lisse à peine érodée et humide, ressemblant aussi exactement que possible à des chancres syphilitiques récemment cicatrisés. A huit jours de là, Mauriac constatait la présence de plaques muqueuses typiques dans la gorge. L'excision faite n'avait donc pas prévenu l'intoxication; mais celle-ci avait peut-être été retardée et atténuée. Mauriac fait remarquer à ce propos que l'incubation des accidents secondaires a été de 63 jours (normalement 45), et que ceux-ci à trois mois de date ne paraissaient pas avoir de tendance à se généraliser, n'ayant encore attaqué que la gorge et la muqueuse balano préputiale.

H. DANLOS.

Ueber die Excision der Initialscleresen (Sur l'excision des chancres indurés), par J. KROWCZYNSKI (*Vierteljares für Dermat. und Syphilis, p.* 101, 1881).

L'auteur fait remonter à Jehan de Vigo la paternité théorique de ce moyen curateur. Il insiste beaucoup sur la difficulté ou même l'impossibilité fréquente de se prononcer sur la nature de l'ulcération initiale à son début, c'est-à-dire à la période où l'excision serait surtout indiquée, et explique par cette circonstance la contradiction entre les partisans et les adversaires de cette méthode thérapeutique. La confrontation lui paraît le seul moyen d'éclairer les recherches expérimentales et de juger définitivement la méthode. Dans ses mains, elle n'a pas donné de bons résultats. Il n'a eu qu'un succès et chez ses opérés, les symptômes secondaires n'ont pas paru atténués. Il fait observer néanmoins qu'il ne faut pas la condamner d'avance malgré quelques faits très probants de résorption immédiate. La longueur variable de la période d'incubation fait supposer que l'absorption n'est pas chez tous également rapide; et d'autre part, tout en admettant l'infection immédiate, on peut envisager le chancre comme un foyer nouveau d'auto-infection, qu'il peut être avantageux de supprimer comme on supprime par le mercure les manifestations de la vérole sans la guérir. Pour lui donc, théoriquement ,l'excision devrait être envisagée comme une méthode palliative destinée à atténuer la syphilis en diminuant la quantité de virus absorbé par l'économie plutôt que comme une méthode de traitement radical.

H. DANLOS.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du tissu cellulaire sous-cutané (2e partie), par MAURIAC (*Annales de dermatol. et de syphilis, p.* 471, *juillet* 1881).

Dans ce travail l'auteur fait l'histoire générale, la synthèse des lésions syphilitiques précoces dont il a publié précédemment les observations. (Voy. *R. S. M.*, XVII, 201.) Cette étude le conduit aux conclusions suivantes :

1° Des lésions peuvent se produire dans le derme et l'hypoderme

presque immédiatement après l'accident primitif et pendant l'époque la plus active de la période virulente. Elles sont constituées par des néoplasies affectant la forme de tumeurs ou de suffusions (gommes précoces).

2° Ces gommes peuvent se diviser en trois séries.

a) La première est constituée par l'érythème noueux syphilitique. Elle est caractérisée par la généralisation simultanée et sous forme éruptive de néoplasies variées sur les différents points du corps, principalement aux membres inférieurs. Elle est souvent précédée et accompagnée de phénomènes fébriles et de perturbations rhumato-névralgiformes siégeant dans les parties qui vont devenir le siège de ces néoplasies aiguës. Dans ces néoplasies, qui sont presque aussi dermiques qu'hypodermiques, il y a des plaques de véritable érythème noueux, des tumeurs sous-cutanées, des suffusions étendues, d'apparence phlegmoneuse, etc.; mais la résolution est de règle; la néoplasie se résorbe sans s'ulcérer.

La distinction avec l'érythème noueux arthritique se base sur les considérations suivantes :

Outre les suffusions intradermiques identiques d'aspect avec celles de l'érythème noueux légitime, on trouve toujours des tumeurs ou plaques hypodermiques plus indépendantes de la peau ou même libres et mobiles dans le tissu sous-cutané.

De plus, l'amas dur de matière plastique qui constitue la tumeur érythémateuse est en général deux ou trois fois plus étendu dans tous les sens que la tache rouge vif, violacée et ecchymotique de la peau, disposition qui ne se voit pas dans l'érythème noueux ordinaire. Ajoutons encore la concomitance d'accidents syphilitiques incontestables.

b) Dans une seconde série de cas, les plaques, les nodosités, les infiltrations se produisent isolément; aucune synergie ne préside à leur apparition. Elles sont insidieuses dans leur début; toujours indolentes et aphlegmasiques. Elles tendent spontanément à la résolution et sont de durée très courte. Quand elles se ramollissent, elles se résorbent sans s'ulcérer.

c) Dans la troisième série de cas, les néoplasies de toutes formes, mais d'ordinaire exclusivement hypodermiques pendant la période de crudité, aboutissent très vite à la suppuration. Elles sont l'origine de dermatoses ulcéreuses, qui offrent souvent une grande ressemblance avec les formes primitivement ecthymateuses. Mauriac en distingue deux variétés. L'une bénigne, moins rare, qui peut guérir spontanément en un ou deux mois et beaucoup plus vite quand on donne l'iodure; l'autre maligne, très exceptionnelle, qui ne diffère que par sa précocité des plus mauvaises gommes de la phase tertiaire.

3° L'époque d'apparition de ces gommes hypodermiques précoces est en moyenne :

Pour l'érythème noueux syphilitique, le quatrième mois après le début du chancre;

Pour les néoplasies circonscrites, résolutives, le cinquième mois;

Pour celles qui sont à la fois précoces et ulcéreuses, le neuvième mois.

H. BARLOS.

Tabes und Syphilis (Ataxie et syphilis), par W. ERB (*Centralbl. f. d. medic. Wissensch.*, *n*os 11 *et* 12, 1881).

En présence des statistiques et des affirmations contradictoires par lesquelles on a répondu à sa communication de 1879, sur les rapports étiologiques de l'ataxie avec la syphilis, M. Erb publie une statistique plus complète que la première, mais tout à fait concordante avec celle-ci.

Il tient à bien établir, d'abord, que l'observation clinique rigoureuse peut seule élucider la question pendante ; il n'admet pas que l'anatomie pathologique puisse, actuellement, être d'aucun secours ; il refuse toute valeur à une objection théorique qui lui a été faite : la syphilis ne peut pas, a-t-on dit, donner naissance à une maladie systématique comme l'ataxie ; c'est là une assertion sans preuve.

La statistique de l'auteur porte sur 115 cas, dont 103 présentent, au point de vue du diagnostic et de la précision des renseignements, une certitude suffisante. Si l'on se borne à la première série de 100, pour plus de simplicité, on a les données suivantes : 12 malades n'ont jamais eu ni syphilis ni chancre, 88 ont eu l'un ou l'autre (59 ont eu des accidents secondaires de syphilis, 29 ont eu le chancre sans manifestations secondaires ; parmi ces derniers, 3 seulement ont eu certainement un chancre mou, 15 paraissent avoir eu un chancre induré et ont fait autrefois, un traitement antisyphilitique, 15 ne peuvent fournir de renseignements précis.)

Le temps écoulé entre l'infection syphilitique et l'apparition des premiers symptômes tabétiques a été de 1 à 5 ans (jamais moins de 3 ans) chez 17 malades ; de 6 à 10 chez 37 ; de 11 à 15 dans 21 cas ; de 16 à 20 dans 3 cas ; de 21 à 25 dans 5 cas ; de plus de 31 ans, 2 fois ; la date est incertaine pour 3 malades.

Pour s'assurer qu'il n'y avait pas une simple coïncidence en rapport avec la diffusion extrême de la syphilis, l'auteur a recherché avec soin les antécédents de 400 malades divers, âgés de plus de 25 ans, et il a trouvé les chiffres suivants : malades n'ayant eu ni syphilis ni chancre, 77 °/₀ ; malades ayant eu des accidents secondaires : 12 °/₀ ; malades ayant eu seulement un chancre : 11 °/₀.

Il y a donc lieu d'admettre un rapport étiologique entre la syphilis et l'ataxie. G. HOMOLLE.

Note on the relations between syphilis and locomotor ataxy (Note sur les relations entre la syphilis et l'ataxie locomotrice), par Julius ALTHAUS (*The Lancet*, 17 *septembre* 1881).

L'auteur, dans le but d'élucider la question des rapports de la syphilis avec l'ataxie, a analysé *mille* observations de maladies nerveuses. recueillies consécutivement et sans choix dans sa pratique particulière. Sur ces mille cas, il s'en est trouvé 206 d'épilepsie, 101 d'asthénie ou épuisement nerveux sans lésion organique, 77 d'hémiplégie de cause cérébrale, 51 de névralgie, enfin, 32 d'ataxie locomotrice bien caracté-

risée. Dans 29 de ces 32 cas d'ataxie, les malades présentaient des antécédents syphilitiques ; ce qui donne une proportion de 90.6 0/0, supérieure à celles de Erb (67 0/0) de Gowers (70 0/0). Ces résultats sont surtout frappants si on compare la proportion de syphilis chez les ataxiques et dans les autres affections nerveuses. En effet, sur 206 cas d'épilepsie, la syphilis n'a été notée que 6 fois, sur 101 cas d'asthénie nerveuse, 12 fois seulement, sur 55 cas d'hémiplégie, 5 fois, enfin, sur 51 cas de névralgie, 2 fois seulement. Ces différences apparaissent nettement dans le tableau suivant :

L'ataxie a été précédée de syphilis dans	90,6 0/0	des cas.
L'asthénie nerveuse.....	11,8	—
L'hémiplégie.....	6,2	—
L'épilepsie.....	4,8	—
La névralgie.....	3,9	—

Ces chiffres prouvent d'une façon évidente que l'ataxie est habituellement précédée, sinon produite, par la syphilis.

Malgré les résultats de sa statistique, Althaus ne considère pas la syphilis comme la cause directe de l'ataxie, et cela parce que le tabes dorsal a certainement existé en Europe longtemps avant l'apparition de la syphilis, parce que l'on connaît beaucoup de cas d'ataxie, observés principalement chez des femmes, qui étaient exemptes de tout antécédent syphilitique, enfin, parce que le traitement par l'iodure de potassium à haute dose est rarement suivi de succès. Il est plus vraisemblable que l'ataxie se manifeste *de préférence* chez les syphilitiques, en raison premièrement de la détérioration organique, de l'affaiblissement vital des centres nerveux produit par la maladie constitutionnelle, puis et plus spécialement de la tendance propre au virus syphilitique, d'engendrer des formes bâtardes d'inflammation, qui lorsqu'elles sont établies, peuvent s'étendre d'une façon systématique. H. BARTH.

Hochgradige Endarteritis luëtica an den Hirnarterien eines 15 monatlichen Mädchens bei sicher konstatirter Luës hereditaria (Endartérite syphilitique très prononcée sur la cerveau d'une fillette de quinze mois, avec hérédité certaine), par CHIARI (*Wien. med. Woch.*, n 17, 1881).

L'enfant dont l'auteur écrit l'histoire est née d'une mère de vingt et un ans très nettement syphilitique. Après 6 semaines de bonne santé, elle est atteinte de plaques muqueuses à l'anus, de psoriasis plantaire et palmaire ; ces manifestations cèdent au traitement. Bientôt la roséole apparaît, puis viennent les ulcérations du nez et de la gorge ; encore une fois guérison par la médication spécifique.

C'est à l'âge de dix mois que l'enfant commence à présenter les signes d'une lésion cérébrale : dilatation de la pupille gauche, paralysie du facial, chute de la paupière à droite. Au quatorzième mois hémiplégie, puis accès épileptiformes et mort.

A l'autopsie, l'auteur trouve dans la pie-mère et dans l'arachnoïde, à la surface de l'hémisphère droit, une vingtaine de foyers blanchâtres pouvant atteindre 1 centimètre de diamètre. Les artères de la base sont très épaisses et quelquefois oblitérées. On retrouve dans la substance cérébrale des foyers jaunâtres gros comme des têtes d'épingle.

Au microscope, les artères de la base offrent les lésions décrites par Heubner. L. GALLIARD.

Sur quelques cas de syphilis tertiaire congénitale, par LANNELONGUE (*Bulletin de la Soc. de chirurgie, p.* 370, 396, 1881).

Il résulte des faits observés et relatés par l'auteur un certain nombre de conclusions.

La syphilis héréditaire ou acquise dans le bas âge donne lieu pendant la période d'activité du squelette à des troubles qui ont diverses conséquences. Suivis, dès l'origine ces troubles se montrent à l'état d'inflammation subaiguë de l'os et du périoste.

Le gonflement de l'os prend la forme des périostoses et des hyperostoses, et il amène une augmentation du volume et de la longueur de l'os. Le siège de ces hyperostoses est la région des diaphyses voisines des épiphyses, point où l'activité nutritive est extrêmement accentuée; de cette région le travail néoplasique se propage le long des diaphyses, suivant une marche centrale ou périphérique. Il peut comprendre 10 ou 15 centimètres de la longueur de l'os.

L'évolution ultime de ces hyperostoses amène quelquefois, comme chez l'adulte, des abcès et des esquilles osseux. Elle laisse, en tous cas, des déformations singulières et permanentes que le traitement est impuissant à guérir. Ces déformations ont une physionomie particulière qui permet de les reconnaître.

Tous les os longs des membres peuvent en être frappés, mais on doit mettre au premier rang le tibia, le cubitus, le radius, le fémur et l'humérus.

Les accidents qui atteignent les os en pleine activité de leur développement leur impriment une direction fausse et viciée dont la cause méconnue conduit à des déformations permanentes et incurables.

Au contraire, le traitement mixte d'abord, ensuite par l'iodure de potassium longtemps prolongé, arrête l'évolution des lésions osseuses quand les malades sont traités au début. Il amène la disparition presque complète du gonflement de l'os dans les premières phases du mal. Mais il n'en est plus de même lorsque l'os a pris une nouvelle contexture ; le traitement spécifique n'a plus guère d'effet que sur les complications de voisinage à partir du périoste jusque dans les parties molles.

Ces complications guérissent, mais l'os conserve sa forme défectueuse avec une densité plus grande et une apparence beaucoup plus compacte.

On lira avec fruit au cours de l'intéressante discussion qui s'est engagée à ce sujet les observations de MM. Desprès, Verneuil, Surmay, Duplay et Lucas-Championnière. L. JULLIEN.

Quelques considérations sur la syphilis viscérale et particulièrement sur la syphilis rénale, par BARTHÉLEMY (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie, avril* 1881).

Ce travail, destiné à attirer l'attention des médecins sur les localisations rénales de la syphilis, est essentiellement constitué par quatre observations. Les deux premières et même la troisième ne sont pas probantes ; la quatrième seule est un exemple incontestable de syphilis rénale. L'al-

buminurie, restée latente jusqu'aux derniers jours du malade, ne se traduisait que par la bouffissure du visage. L'autopsie montra des lésions syphilitiques multiples (encéphale, crâne, reins). La lésion rénale consistait en une néphrite mixte à la fois interstitielle et épithéliale, compliquée d'une dégénérescence amyloïde assez avancée.

Dans le mémoire, l'auteur cite également le cas intéressant d'un enfant né avant terme (7 mois) d'une mère syphilitique; et qui succomba trois mois plus tard à l'athrepsie et à la syphilis. L'autopsie montra une induration blanche du poumon, qui microscopiquement paraissait spécifique et dans laquelle le microscope fit reconnaître un bloc tuberculeux. Le foie était semé de granulations tuberculeuses typiques. H. DANLOS.

Ueber subcutane Iodoform-Einspritzungen bei Syphilis (Injections sous-cutanées d'iodoforme dans la syphilis), par E. THOMANN (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 44, 1881).

L'auteur a fait usage d'une solution d'iodoforme dans la glycérine (6 grammes pour 20); il commençait par 30 centigrammes d'iodoforme et élevait ensuite la dose à 75. Dans une autre série d'expériences, l'iodoforme était en dissolution dans l'huile d'amandes douces (30 centigrammes par 6 grammes d'huile). Les effets du traitement étaient manifestes déjà, après 10 ou 12 injections. Il ne se produisit pas d'abcès et la douleur était modérée; cependant la solution dans l'huile déterminait une vive rougeur de la peau. Cette solution s'altère vite et renferme alors une petite quantité d'iode libre.

L'urine donne, dès les premières heures qui suivent l'injection, la réaction de l'iode; jamais l'urine, la sueur ou l'air expiré n'exhalent l'odeur de l'iodoforme. G. H.

Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis, par MARTINEAU (*Union médicale*, 20, 22, 25, 30 *octobre*, 5, 8, 13, 27 *novembre* 1881; *in Soc. méd. des hôpitaux*).

L'auteur donne une nouvelle série de 172 observations qu'il fait suivre des conclusions suivantes :

1° Le bichlorure de mercure associé à la peptone sèche, ne donne lieu à aucun accident local, quand l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané;

2° Ces injections n'occasionnent le plus ordinairement aucune douleur, alors même que le sel est administré à une dose élevée, telle que dix milligrammes;

3° Elles ne s'accompagnent pas de salivation, ni de stomatite mercurielle, pourvu qu'il n'existe aucune inflammation de la bouche ou irritation due au tabac, à l'alcool, etc.;

4° Elles ne donnent lieu à aucun trouble gastro-intestinal;

5° Elles ont une action plus prompte, plus énergique que tout autre mode d'administration des sels mercuriels;

6° L'absorption du bichlorure d'hydrargyre, injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, alors qu'il est associé à la peptone, est incontestable. (Voy. *R. S. M.*, XIX, 209.) H. L.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

ÉLONGATION DES NERFS.

I. — **Recherches sur les effets de l'élongation du nerf sciatique chez des animaux ayant eu une hémisection de la moelle épinière, par BROWN-SÉQUARD** (*Soc. de biol.*, 15 *janvier*. — *Gaz. méd. de Paris*, *n*° 6, 1881).

II. — **Effets de l'élongation des nerfs dans l'état pathologique et dans l'état physiologique, par DEBOVE et LABORDE** (*Ibid.*, *n*° 8, 1881).

III. — **Nouveaux faits relatifs à l'élongation du nerf sciatique, par BROWN-SÉQUARD** (*Ibid.*, *n*° 10, 1881).

IV. — **Expériences relatives à l'élongation des nerfs et aux névrites, par J.-L. PRÉVOST** (*Revue de la Suisse romande*, 15 *août* 1881).

V. — **Étude sur l'élongation des nerfs, par WITKOWSKI** (*Arch. f. Psych. und Nervenk.*, *Band XI*, *Heft* 2, *p.* 532).

VI. — **Idem, par MARCUS** (*Gaz. des hôpit.*, *n*° 13, 1881).

VII. — **Élongation des nerfs avec troubles trophiques, par QUINQUAUD** (*Soc. de biol.*, 19 *mars*, *et Gaz. méd.*, *n*° 15, 1881).

VIII. — **Élongation du pneumogastrique et du sciatique; glycosurie, par MARCUS et WIET** (*Ibid.*, *n*° 21, 1881).

IX. — **De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice, par DEBOVE et GILLETTE** (*Union méd.*, 14 *et* 16 *déc.* 1880; *Soc. de chir.*, *p.* 717, 1880).

X. — **Zur Dehnung grosser Nervenstämme bei Tabes dorsalis, par ERLENMEYER** (*Centralb. f. Nervenheilk.*, *n*° 21, 1880).

XI. — **Nervendehnung bei Tabes (Extension des nerfs dans l'ataxie), par SURYBIENZ** (*Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte*, 15 *déc.* 1880).

XII. — **Zur Nervendehnung bei Tabes dorsalis, par C. WESTPHAL** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 21 *février* 1881).

XIII. — **Zwei Fälle von Nervendehnung bei Rückenmarksleiden, par LANGENBUCH** (*Ibid.*, 9 *mai* 1881).

XIV. — **Clinical lecture on a case of locomotor ataxy treated by nerve stretching, par Charlston BASTIAN** (*Brit. med. journ.*, 2 *juillet* 1881).

XV. — **Nerve stretching in locomotor ataxy, par J. JOHNSON** (*Ibid.*, *juillet* 1881).

XVI. — **On nerve stretching in locomotor ataxy, par DAVIDSON** (*Liverpool med. chir. journal*, *juillet* 1881).

XVII. — **Élongation du sciatique ; insuccès, par BERRIDGE** (*Brit. med. journ.*, 2 *avril* 1881).

XVIII. — **De l'élongation des nerfs, par SCHEVING** (*Thèse de Paris*, 1881).

XIX. — **Zur Pathologie und Therapie des Facialiskrampf (Élongation contre le tic facial), par Martin BERNHARDT** (*Zeit. f. klin. Med.*, *III*, *p.* 96).

XX. — Stretching of facial nerve for spasmodic tic, par GODLEE (*The Lancet*, 4 *juin* 1881).

XXI. — Élongation du nerf lingual, par LE DENTU (*Bull. Soc. de chir.*, *nov.* 1881).

XXII. — Élongation du dentaire inférieur, par POLAILLON (*Soc. de chir.*, 8 *nov.* 1881).

XXIII. — Élongation du frontal, par QUINQUAUD (*Gaz. méd. de Paris*, 1881).

XXIV. — Élongation du nerf occipital, par H. SCHUSSLER (*Berliner klinische Wochenschrift*, 27 *septembre* 1880).

XXV. — Du traitement de la névralgie sciatique par l'élongation du nerf, par Joseph NICOLAS (*Thèse de Paris*, *n°* 278, 1881).

XXVI. — Sciatic neuralgia cured by nerve stretching, par Horman MACKINTOSH (*American journ. of med. Sc.*, *p.* 456, 1881).

XXVII. — Élongation du nerf sciatique devenu névromateux et provoquant des douleurs vives, accompagnés d'épilepsie spinale, à la suite de plaie du nerf, par PANAS (*Bull. Acad. de méd.* et *Union méd.*, *p.* 993, 1881).

XXVIII. — Élongation du sciatique; mort, par LAMARE (*Revue de chirurgie*, *n°* 6, 1881).

XXIX. — Névralgie sciatique guérie par l'élongation, par HILDEBRANT (*Deuts. med. Woch.*, *n°* 36, 1880, et *Centr. f. Chir.*, 23 *octobre* 1880).

XXX. — Tétanos traumatique guéri par l'élongation du nerf médian, par Johnson SMITH (*Brit. med. journ.* et *Gaz. des hôpit.*, *n°* 27, 1881).

XXXI. — Élongation nerveuse dans la lèpre anesthésique, par Gerald BOMFORD (*The Lancet*, 26 *fév.* 1881). — **Idem, par LAWRIE** (*Ibid.*, 12 *mars* 1881).

XXXII. — Tremblement hystérique d'origine traumatique du membre inférieur droit; élongation du sciatique; guérison, par CARAFI (*La France médicale*, 26 *janvier* 1882).

XXXIII. — De l'élongation des nerfs, revue critique, par CHAUVEL (*Arch. de méd.*, *août* 1881).

I. — M. Brown-Séquard a fait un certain nombre d'expériences sur différents animaux, ayant eu une hémisection de la moelle épinière, pour rechercher l'influence de l'élongation du sciatique sur la sensibilité dans les membres anesthétiques. Les résultats de ces recherches ont été les suivants :

1° Un retour presque immédiat ou plus ou moins rapide de la sensibilité dans le membre où l'hémisection de la moelle épinière avait produit de l'anesthésie. Chez bon nombre d'animaux l'anesthésie a été remplacée par de l'hyperesthésie.

2° Chez presque tous les animaux soumis à une hémisection de la moelle dorsale, l'hyperesthésie causée par cette lésion dans le membre postérieur du côté correspondant, s'est augmentée après l'élongation du nerf sciatique de l'autre membre.

3° Il y a eu chez tous les animaux soumis à ces expériences une paralysie plus ou moins marquée et résistante dans le membre postérieur où l'élongation a été faite. Il y a, en outre, une élévation de température de ce membre.

4° Ce ne sont pas seulement les parties animées par le nerf sciatique, qui recouvrent leur sensibilité après l'élongation de ce nerf : Le même changement se montre dans les parties non animées par le nerf sciatique.

II. — Après avoir, sur un cobaye, pratiqué une section complète de la moelle, et constaté qu'une légère irritation portant sur l'une des pattes postérieures donnait lieu à la trépidation épileptoïde, caractéristique de l'épilepsie spinale, M. Laborde a fait l'élongation de l'un des nerfs sciatiques et de nouveau a cherché à provoquer la même trépidation; ce résultat a été négatif ; aucun mouvement réflexe ne s'est produit. Renouvelant, d'autre part, cette expérience sur un animal dont la moelle était intacte, il a observé, immédiatement après l'élongation du nerf, soit une atténuation considérable, soit l'abolition complète des phénomènes de transmission sensitive, tandis que les phénomènes de transmission motrice persistaient dans leur intégrité.

III. — M. Brown-Séquard mentionne différentes altérations médullaires survenues à la suite de l'élongation du sciatique ; il a pu observer l'inflammation et le ramollissement de la moelle épinière au voisinage de la section d'une de ses moitiés latérales à la région dorsale.

D'un autre côté, l'élongation du nerf pratiquée la moelle intacte, a déterminé une augmentation de sensibilité dans le membre correspondant et une diminution des mouvements volontaires due à la parésie et à un certain degré de contracture. OZ.

IV. — Prévost a fait une série d'expériences du même genre; mais il n'a jamais observé les phénomènes annoncés par d'autres opérateurs. L'élongation des divers nerfs (sciatique, brachial, cervical, sous-orbitaire) qu'il a pratiquée dans le but de modifier l'épilepsie, lui a donné des résultats presque complètement négatifs. Quelques animaux ont été guéris par l'élongation du sciatique, du plexus cervical ou du nerf sous-orbitaire du côté de la zone épileptogène; mais d'autres appartenant à la même série ont guéri spontanément, et d'autres plus nombreux, n'ont point été modifiés. Ces résultats sont, par conséquent, fort douteux relativement à l'influence favorable, en tout cas très rare, qu'aurait l'élongation sur la guérison de l'épilepsie acquise du cochon d'Inde.

L'auteur n'a jamais observé la restitution de la sensibilité affaiblie du côté opposé à l'hémisection de la moelle, après l'élongation du nerf sciatique du côté de l'hémisection.

Il compare l'élongation à une section incomplète, à une contusion plus ou moins forte du nerf. A. C.

V. — Withowski a étudié au microscope l'état des nerfs sur lesquels on avait pratiqué l'élongation, soit dans un but thérapeutique, chez l'homme, soit dans un but expérimental chez les animaux. Après avoir traité les cordons nerveux par l'acide osmique; il vit apparaître des zones claires, jaunâtres, assez régulièrement espacées et séparées par d'autres zones où le tissu du nerf présentait sa structure normale. Au niveau des premières, on constatait l'absence de gaines de myéline. Quelquefois les cylindre-axes eux-mêmes étaient lésés (chez des animaux), d'autres fois, quelques fibres nerveuses offraient, quelques semaines après l'élongation, les signes d'une dégénérescence descendante, tandis qu'en amont du point tiraillé le tissu nerveux était absolument intact; et il en

était de même du tissu musculaire. Il arrivait aussi qu'on trouvait de telles fibres en voie de régénération.

En somme, les recherches de Witkowski confirment l'opinion de Verneuil qui attribue à l'élongation les mêmes conséquences qu'à la section des nerfs. Il est très vraisemblable que, seules, les fibres dont le cylindre-axe est lésé, dégénèrent; mais cela n'est pas démontré. L'élongation serait une sorte d'avivement (?) des nerfs, ayant pour effet d'accélérer et de généraliser les processus de dégénérescence et de régénération qui ont pour siège le nerf tiraillé. E. R.

VI. — Des recherches auxquelles s'est livré M. Marcus, sur l'état des nerfs après leur élongation, il résulterait que l'on rencontre une dégénérescence plus ou moins avancée suivant les animaux et l'époque de l'examen, dégénérescence consistant en une segmentation ou une diminution de la myéline et en une discontinuité ou absence du cylindre-axe; en outre les noyaux du névrilème seraient plus nombreux et plus volumineux; ces altérations ont été notées sur le bout central seul atteint : quant à l'état de la moelle, il n'a pas été examiné.

VII. — Quinquaud a noté différents troubles trophiques consécutifs à l'élongation des sciatiques; sur deux cobayes il a constaté une sorte d'amputation spontanée des deux orteils externes, innervés par le sciatique, l'orteil interne, qu'innerve le crural, étant resté intact.

Sur un autre cobaye, après avoir élongé l'un des sciatiques modérément de façon à ne produire que l'anesthésie, il a tiraillé fortement l'autre nerf; quelques minutes après cette deuxième opération, il a constaté la disparition de l'anesthésie, qui avait envahi le premier nerf élongé : ce phénomène, qu'il baptise de transfert mécanique avec irritation, serait une preuve qu'à travers la moelle épinière on peut modifier le dynamisme des cellules nerveuses du côté opposé du nerf élongé.

VIII. — L'élongation du pneumogastrique aurait, après une courte période d'anémie, donné lieu à une vaso-dilatation intense et amené l'asphyxie : trois jours après l'opération on aurait constaté quelques traces de sucre dans l'urine. Mais c'est surtout en agissant sur les sciatiques que cette glycosurie aurait été évidente : il faudrait en conclure d'après les auteurs qu'il y a retentissement sur les centres. OZ.

IX. — Debove, encouragé par la lecture des observations de Langenbuch, Esmarch, Erlenmeyer (Voy. *R. S. M.*, XVI, 286), se décida à tenter l'opération sur un ataxique entré à Bicêtre. Chez ce malade les douleurs fulgurantes avaient débuté en 1874 et s'étaient rapidement étendues aux quatre membres, ces douleurs étaient atroces, revenaient tous les jours, s'accompagnant de violentes crises gastriques, vésicales et urétrales. L'incoordination motrice était limitée aux membres inférieurs; depuis dix-huit mois le malade n'avait pu se lever; il perdait ses jambes dans son lit, ne pouvait reconnaître leur situation; la sensibilité cutanée était fort émoussée.

1er CAS. — Le 18 novembre, M. Gillette pratiqua l'opération : le nerf sciatique gauche fut mis à nu à la région postérieure et moyenne de la cuisse, saisi avec les doigts, attiré à une distance de 12 à 15 centimètres, et à deux reprises élongé violemment et brusquement. Le lendemain de l'opération le malade n'a pas ressenti de douleurs fulgurantes, mais seulement quelques légères douleurs au voisinage de la plaie. Le

20 novembre la sensibilité est redevenue normale, le malade dit avoir la notion exacte de la situation de ses jambes; l'incoordination est très atténuée. 26 novembre le malade peut faire quelques pas. 1er décembre, crise gastrique avec vomituritions bien moins intenses que d'habitude. 10 décembre (3 semaines après l'opération), il n'y a plus eu de douleurs fulgurantes; le malade sent bien ses jambes dans son lit; leur sensibilité est normale et il peut leur faire exécuter des mouvements compliqués. Il n'y a plus que des traces d'incoordination motrice. Le malade peut marcher appuyé sur un aide; les réflexes tendineux font toujours défaut; le myosis des pupilles n'a pas varié.

L'auteur fait observer que le malade avait été opéré sans chloroformisation préalable, qu'il était, il est vrai, fortement morphinisé; l'opération a été fort peu douloureuse. Il y a eu, en résumé, une modification énorme des phénomènes tabétiques.

2e CAS. — *Élongation des deux troncs nerveux, du plexus brachial droit.* Anesthésie. Pendant l'étirement, on sent distinctement le froissement produit par le glissement des troncs nerveux dans leur gaine. Abolition des douleurs fulgurantes.

3e CAS. — *Élongation du sciatique gauche.* — M. Gillette a fait quelques expériences sur la résistance des nerfs et a vu que la rupture du sciatique exigeait une force de 75 kilogrammes; pour les deux nerfs cubital et médian réunis, elle est de 45 kilogrammes; il y a donc sécurité réelle contre tout arrachement, quand on pratique cette opération. L. JULLIEN.

X. — Le malade n'avait plus de douleurs fulgurantes qu'à des époques éloignées au moment de l'opération, aussi fut-elle pratiquée dans le but de remédier à l'incoordination motrice. La marche et la station étaient devenues impossibles, il y avait de la paralysie de la vessie, et tous les signes du tabes dorsal. Nous rapportons cette observation en l'abrégeant.

P..., âgé de 30 ans. En 1872 commencent les douleurs fulgurantes d'abord attribuées au rhumatisme. En juillet 1878, l'incoordination devient évidente et au mois de septembre de la même année, le malade ne pouvait plus marcher sans canne; en juin 1879, la marche et la station étaient impossibles. Incoordination extrême des deux membres inférieurs, diminution de la sensibilité des deux membres, absence de notions sur leur situation, perte des réflexes rotuliens.

Le 22 juin 1880, après chloroformisation, on met à nu le sciatique droit au niveau de l'échancrure sciatique, le saisissant avec les doigts, on lui fait subir une forte élongation, on le tord ensuite et on le maintient quelques minutes dans cette position. On évalue l'extension à 6 ou 7 centimètres. La plaie guérit par première intention.

Le 3 juillet, on fit une opération analogue sur le sciatique gauche, on eut un érysipèle et une fièvre vive; la guérison de la plaie ne fut obtenue que le 16 août.

A la suite de cette opération, les troubles de la sensibilité et l'incoordination motrice n'avaient point varié; il n'y avait toujours pas de réflexe rotulien. La force musculaire était augmentée dans les jambes, le malade pouvait se tenir debout adossé à la muraille, ce qui jusque-là avait été impossible. M. D.

XI. — Homme de 61 ans chez lequel les premiers symptômes douloureux sont apparus il y a 25 ans, tandis que les premiers phénomènes ataxiques proprement dits n'ont débuté qu'il y a 10 ans.

En juin 1880, le professeur Socin de Bâle lui a pratiqué l'extension du sciatique droit; malgré le pansement de Lister, la plaie ne s'est pas réunie par première intention. Mais les douleurs ont complètement disparu du membre correspondant. Comme elles persistaient du côté gauche, on se proposait d'y pratiquer une opération analogue, lorsque le patient succomba inopinément 15 jours après l'extension nerveuse. A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes suppuration de la plaie et embolies pulmonaires multiples provenant d'une thrombose de la veine fémorale droite, partant de la poplitée.

XII. — Westphal a examiné la moelle du malade de Langenbuch (*R. S. M.*, XVI, 286) chez lequel l'extension des sciatiques et des cru raux avait eu le triple résultat de faire disparaître à la fois les douleurs l'ataxie et l'anesthésie.

Or, il n'y a trouvé aucune lésion des cordons postérieurs. Cet homme avait d'ailleurs offert une marche tout à fait insolite de l'affection, une sorte d'ataxie aiguë, évoluant en quelques mois. Malheureusement les gros troncs nerveux n'ont pu être examinés après la mort.

XIII. — Langenbuck présente au dixième congrès de la Société allemande de chirurgie, une patiente chez laquelle Westphal lui-même a diagnostiqué une dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux de la moelle. Langenbuch lui a fait l'extension du sciatique droit, en étirant le nerf suivant sa direction centripète. A la suite de cette opération les troubles de la marche et l'anesthésie des membres inférieurs ont disparu, cette dernière déjà au bout de quelques heures. Il y a trois semaines que cette femme a été opérée.

D'autre part Langenbuch relate le fait d'accès épileptiques revenant à courts intervalles, guéris par l'extension du nerf médian; qui a été choisi à cause de sa position superficielle.

Langenbeck et Langenbuch émettent l'avis que les tractions doivent être exercées suivant la direction centripète, surtout pour le sciatique dont, en agissant autrement, on risquerait de rompre les branches.

Neuber (de Kiel) cite un cas de la clinique de Kiel, où l'extension du nerf médian a fait cesser une épilepsie réflexe. En revanche, il a vu une paralysie définitive survenir après l'extension du sciatique exécutée pour une névralgie de ce nerf.

Langenbuch, sur 24 cas d'extension du sciatique, n'a jamais eu cet accident.

Enfin Credé constate que la guérison de la névralgie persiste chez la patiente qu'il a présentée au précédent congrès (*R. S. M.*, XVI, 286), après lui avoir subir fait à la fois l'extension et la section de la 3e branche de trijumeau. J. B.

XIV. — Homme de 39 ans, atteint d'ataxie depuis 3 ans 1/2, avec rétention d'urine depuis six mois. Peu de troubles visuels ; conservation des forces, incoordination des membres considérables, peu d'anesthésie. Douleurs hypogastriques lancinantes, alternant avec des douleurs fulgurantes des jambes. Ces dernières disparaissent en partie en 1880, époque où le malade quitte l'hôpital ; mais il y rentre en février 1881 avec beaucoup d'affaiblissement du membre inférieur, un certain degré d'atrophie, une diminution de la sensibilité tactile et réflexe.

Le 5 février, on pratique l'élongation du sciatique au milieu de la cuisse droite. Les suites immédiates de l'opération sont des plus bénignes : il n'y a

point d'anesthésie de la jambe, ni de paralysie motrice. Le point le plus remarquable, c'est que la douleur hypogastrique, constante jusqu'alors, disparaît complètement. Le malade essaie, quelques jours après, de marcher : il appuie mieux sa jambe droite, mais projette toujours sa jambe gauche fort irrégulièrement.

Le 15 mars, une nouvelle opération d'élongation du sciatique est pratiquée à la jambe gauche. Après l'opération, mauvaise nuit, mouvements de fluxion involontaires du genou et de la hanche, température élevée du membre inférieur gauche. Les jours suivants, complication de diarrhée qui manque d'emporter le malade et l'affaiblit beaucoup. Malgré cette complication, les douleurs lancinantes ont disparu presque totalement, et quand le malade se remit à marcher péniblement, deux mois après il n'a plus à beaucoup près autant d'incoordination motrice qu'auparavant.

XV. — Homme de 39 ans, aucunement syphilitique, atteint depuis douze ans de douleurs fulgurantes, et depuis trois ans d'incoordination motrice.

L'élongation du sciatique droit est pratiquée le 24 avril. Le nerf, une fois découvert au moyen d'une large incision, est étiré avec une force suffisante pour soulever le membre inférieur; cette élongation est pratiquée trois fois de suite. L'opération est peu douloureuse, et les suites en sont bénignes.

Cinq semaines après, les douleurs fulgurantes ont beaucoup diminué de fréquence et d'intensité; mais les troubles moteurs et l'ataxie proprement dite n'ont éprouvé aucune amélioration. H. R.

XVI. — Deux observations d'ataxie, pour lesquelles on élonge le nerf sciatique. Dans le 1er cas, 3 semaines après l'opération, le malade recouvrait le réflexe tendineux et le pouvoir de coordination des mouvements; pas de retour des douleurs fulgurantes. Il pouvait faire un quart de mille sans bâton.

Dans l'autre cas, beaucoup plus grave, le soulagement fut moins marqué; les douleurs fulgurantes devinrent plus rares et la santé générale s'améliora.

XVII. — Malade de 36 ans. Il y a neuf ans, début des douleurs au niveau des régions dorsale et épigastrique. Sensation de constriction. Douleurs, dans les membres inférieurs, extrêmement vives, empêchant la marche. Contracture progressive des membres à partir de juillet 1879.

L'affection n'est pas désignée d'une façon précise; le tableau relaté par l'auteur semble indiquer une ataxie locomotrice.

Insuccès du traitement ioduré mercuriel.

Le 8 mars 1881, élongation du sciatique gauche. Aussitôt après, cessation de toute douleur de ce côté. La contracture ne cesse pas. Le 9 mars, on note un affaiblissement de la sensibilité à gauche. Le 20, les douleurs et les contractures étaient revenues au même degré.

XVIII. — Scheving a répété les expériences de Brown-Séquard et Laborde; il se contentait d'élonger le sciatique d'un seul côté ou des deux côtés chez des cobayes sains. Il n'a guère constaté qu'une parésie passagère. Toujours il s'est produit de l'anesthésie dans la zone de distribution du nerf, et en particulier dans les deux premiers orteils.

Scheving cite l'observation d'une malade atteinte d'hémiplégie gauche avec contracture douloureuse à la suite d'une attaque apoplectiforme. M. Ball fit l'élongation du sciatique. Il n'y eut pas d'amélioration. A. C.

XIX. — Bernhardt publie sept observations de tic facial; deux d'entre elles sont spécialement intéressantes à cause des tentatives qui ont été faites pour guérir les malades par l'élongation des nerfs.

Dans la cinquième observation, peu de temps après l'élongation du

facial, les secousses se reproduisirent avec une intensité à peu près égale à celle du début. « Toutes choses pesées, disait le malade, je puis admettre une amélioration ; elle n'est pas suffisante pour me soumettre à une nouvelle opération. »

Dans la sixième observation, il résulta de l'élongation une paralysie qui fit disparaître les spasmes, mais ceux-ci reparurent progressivement avec les mouvements volontaires. M. D.

XX. — Quelques mois auparavant, l'auteur avait publié, avec le Dr Allan Sturge, une observation de tic spasmodique traité par l'élongation du nerf facial avec un succès en apparence complet. Récemment, quelques contractions spasmodiques ont reparu dans le muscle orbiculaire des paupières, accompagnées d'une légère névralgie sus-orbitaire. Un vésicatoire a été appliqué et le sulfate de quinine administré à l'intérieur. Les contractions ont disparu de nouveau, laissant seulement après elles une certaine roideur des paupières avec difficulté d'ouvrir l'œil quand il est exposé à un vent froid. H. B.

XXI. — L'auteur a pratiqué avec succès l'élongation du nerf lingual pour un tic douloureux de la face avec convulsions épileptiformes datant de cinq ans. Les douleurs étaient devenues intolérables; leur maximum se faisait sentir dans le côté gauche de la langue.

Après avoir dénudé et isolé le nerf, la pointe de la langue étant bien fixée à l'aide d'un fil un peu fort dont elle était traversée et que tenait un aide, M. Le Dentu souleva doucement le nerf à l'aide d'un petit crochet à une hauteur de 12 millimètres environ au-dessus de la muqueuse buccale, puis, l'ayant maintenu ainsi quelques instants, il l'a laissé retomber dans la bouche. Il a constaté à ce moment que le nerf était dans un état de flaccidité complète, décrivant une sorte de zigzag par suite de l'élongation qu'il venait de subir.

A partir du 2e jour après l'opération, la malade a commencé à dormir; treize jours après l'opération, les douleurs ont complètement cessé, non seulement dans la langue, mais encore dans la région temporale; la malade ne souffre plus que très légèrement au-dessus de l'angle de la mâchoire. Elle dort et mange parfaitement. Elle peut donc être considérée comme guérie.

M. Le Dentu ajoute qu'il a pratiqué également avec succès, antérieurement à l'opération précédente, la résection du nerf auriculo-temporal dans un autre cas de tic douloureux de la face.

XXII. — Homme de 61 ans, souffrant depuis trois ans d'une névralgie de la 5e paire droite. La douleur, extrêmement vive, occupait les nerfs sus et sous-orbitaires, le lingual et surtout le dentaire inférieur.

Insuccès complet du bromure de potassium à doses massives, du chloral, des injections de morphine.

Élongation après anesthésie par le chloroforme. Une incision en L, puis une couronne de trépan découvrirent le nerf dentaire inférieur avant son passage dans le canal osseux du maxillaire. Le nerf fut chargé sur un crochet mousse et tiré jusqu'à le soulever à 1 centimètre et demi. Les jours suivants, plus de douleurs; le 4e jour, une crise d'une heure. Les crises vont s'atténuant et, quatorze jours après, la guérison était complète. Depuis, elle s'est maintenue. A. C.

XXIII. — M. Quinquaud a pratiqué ou fait pratiquer l'élongation du frontal sur trois malades porteurs de névralgies rebelles : 2 succès, 1 insuccès, tel est le résultat qu'il a obtenu; et il a remarqué que là où l'anesthésie est transitoire, la guérison est temporaire; là où l'anesthésie est persistante, l'amélioration ou la guérison se maintiennent.

XXIV. — M. Schussler a pratiqué la distension du nerf occipital pour une névralgie datant de quatre ans chez une femme de cinquante-trois ans; les douleurs disparurent promptement et deux mois après l'opération n'avaient pas encore reparu. OZ.

XXV. — D'après les expériences de Gillette, relatées par Nicolas, l'élongation des nerfs, du sciatique en particulier, détermine un ébranlement de la moelle. On dénude le nerf sciatique et on coupe la partie postérieure du canal rachidien depuis la dernière vertèbre lombaire jusqu'à l'atlas. Tandis qu'un aide tirait sur le sciatique, les mouvements de la moelle furent facilement vus et sentis.

L'auteur donne une description très complète du manuel opératoire : quel que soit le moyen choisi pour la traction du nerf, l'élongation ne doit pas être brusque et violente, elle doit être progressive. La force de traction (pour le sciatique) ne doit pas dépasser 18 à 20 kilos. Sous cet effort, le nerf s'allonge en moyenne de 7 à 10 centimètres.

Ce travail contient plusieurs observations inédites.

XXVI. — Sciatique datant de 16 ans, et ayant résisté à toutes les tentatives thérapeutiques. Les paroxysmes duraient de cinq à six semaines, pendant lesquelles le patient ne pouvait ni manger ni dormir, et allaient en devenant de plus en plus fréquents. On mit à nu le nerf sciatique, et on pratiqua sur lui de vigoureuses tractions. Un soulagement presque immédiat suivit, et quatre mois après l'opération, les douleurs n'avaient pas encore reparu, bien que le patient se livrât chaque jour aux travaux des champs.

A. CH.

XXVII. — Le malade avait reçu, quatre ans auparavant, un coup de couteau-poignard qui transperça le milieu de la cuisse gauche, en arrière du fémur. Tous les muscles de la jambe et du pied furent paralysés. La peau de la région correspondante devint insensible.

Plusieurs mois après, apparition de douleurs lancinantes sur tout le trajet du nerf sciatique avec secousses convulsives au moindre attouchement. Tout traitement ayant échoué, le malade entra à l'hôpital réclamant l'amputation de la cuisse.

M. Panas résolut d'essayer l'élongation, après chloroformisation. Incision verticale de 15 centimètres, suivant la ligne du sciatique et intéressant la peau, puis l'aponévrose d'enveloppe du membre. On arrive de la sorte sur le bord externe du demi-membraneux, qui est repoussé au moyen du crochet, et le sciatique apparaît alors au fond de la plaie sans qu'on ait rencontré d'artère ou de veine d'un certain volume.

Après isolement avec la sonde, on attire le nerf au dehors et l'on constate qu'au point anciennement lésé de celui-ci et actuellement cicatrisé, il existe un renflement névromateux de 5 centimètres de long, fusiforme à ses deux extrémités et ayant le double du volume du nerf sciatique normal.

Le crochet à traction étant engagé entre le névrome et la partie centrale du nerf, on tire à deux reprises jusqu'à 20 kilogrammes chaque fois. Après quoi on repose le nerf au fond de la plaie qu'on suture superficiellement après y avoir placé un drain, et l'on applique un pansement de Lister. Dès le lendemain 3 juillet, les douleurs ont disparu entièrement; on renouvelle le pansement qui avait été traversé par un peu de sang sur les bords. Le 15 juillet, la plaie était cicatrisée.

Le 22 juillet, voulant vaincre l'équinisme, M. Panas pratique la section sous-cutanée du tendon d'Achille et applique une attelle en plâtre pour fixer le pied à angle droit sur la jambe et permettre ultérieurement le port d'un appareil pour la marche.

A partir de cette époque, le malade ne souffre plus, n'a plus de secousses convulsives et marche toute la journée avec ou sans appareil tuteur.

Quatre mois après l'opération, le malade a déclaré que les douleurs n'ont pas reparu une seule fois depuis, pas plus que les mouvements convulsifs. L'hyperesthésie a disparu également.

La sensibilité cutanée s'est conservée partout où elle existait avant l'opération, sauf le long du bord externe du pied où elle semble s'être émoussée depuis l'opération. Le cou-de-pied n'offre plus de raideur, et, grâce à la section du tendon d'Achille, le malade fléchit le pied en marchant, au delà de l'angle droit.

Avec un appareil qui est armé d'une bande de caoutchouc, pour relever la pointe du pied, le malade marche en boitant à peine.

En un mot, la guérison est définitive.

XXVIII. — Homme de soixante ans, souffrant de douleurs vives dans la région lombaire avec irradiation le long du sciatique gauche. Le nerf est sensible à la pression sur toute sa longueur. Excitabilité réflexe très exagérée. La douleur persiste en dépit de tout traitement, chloral, vésicatoires, injections morphinées. Le malade s'amaigrit, prend une teinte jaune paille : on diagnostique un cancer des enveloppes de la moelle.

Pour remédier aux douleurs fulgurantes et continues du côté de la jambe, on pratique le 12 juillet l'élongation du sciatique gauche, au point d'émergence de ce nerf, sous le bord du grand fessier. Opération sans anesthésie; allongement du nerf de 10 centimètres. Pansement au baume du commandeur.

Les douleurs ont cessé presque instantanément; le malade peut dormir et n'accuse qu'un peu d'engourdissement dans la jambe. La plaie se cicatrisait bien, mais l'amaigrissement se prononcait de plus en plus.

Le 2 août les douleurs reparurent, sans cause connue, avec autant de violence. Nouvelle élongation à l'union du quart inférieur et des trois quarts supérieurs de la cuisse. Soulagement aussi marqué que la première fois, mais la plaie se met à suppurer abondamment, un abcès profond se forme. Le 10 la plaie était en voie de cicatrisation, les douleurs reparaissent et le malade meurt le 19, sans aucun symptôme de pyohémie. Autopsie impossible.

XXIX. — Femme de trente-deux ans. Névralgie intolérable. Dix-huit mois après l'élongation, les douleurs n'avaient pas reparu. A. C.

XXX. — Sur deux malades atteints de tétanos à la suite d'une plaie contuse de l'avant-bras, Johnson Smith a étiré de bas en haut le nerf médian (les premières contractures avaient atteint les extenseurs des doigts); deux jours après l'opération, tous les accidents tétaniques avaient disparu. OZ.

XXXI. — Malade âgé de quarante ans, ne pouvant plus travailler par suite de l'anesthésie et de l'impotence des membres. A gauche les muscles innervés par le cubital sont à peu près complètement atrophiés; l'anesthésie est très marquée. A droite mêmes phénomènes moins prononcés.

Le nerf cubital droit fut élongé et la plaie se réunit par première intention. Le nerf cubital gauche, qui était très gros, noueux, adhérant aux tissus environnants, se déchira pendant l'élongation. On disséqua les deux bouts et on les sutura.

La main droite recouvra presque en entier la sensibilité et la force musculaire. A gauche la sensibilité reparut complète, à l'exception de l'extrémité du petit doigt. Le malade a pu reprendre ses occupations de cantonnier.

Chez le malade de Lawrie, on pratiqua l'extension des deux nerfs cubitaux et des deux sciatiques.

XXXII. — Jeune femme de dix-huit ans, hystérique à la suite d'une chute le 2 juillet 1880, arthrite du genou. Apparition peu après d'une aphonie hys-

térique; puis bientôt convulsions avec tremblement du membre malade. A son entrée à l'hôpital, le tremblement date d'un mois. La peau de la jambe est écailleuse et violacée. Tout le bas de la jambe et le pied sont le siège d'un œdème considérable. Pour arrêter le membre on eut recours à l'application d'appareils inamovibles; mais on vit alors apparaître des phlyctènes et une déformation du pied en équinisme. Le redressement de cette mauvaise position atténuait un peu le tremblement.

Hémianesthésie du même côté que le tremblement. Hyperesthésie du côté opposé. Le sommeil magnétique a arrêté une fois le tremblement, plus tard est resté sans influence.

Il n'est pas indiqué qu'on ait tenté d'autre traitement. M. Blum eut l'idée, un peu singulière, de traiter ce tremblement par l'élongation du sciatique. L'opération fut faite le 4 août.

Il y eut quelques accidents de suppuration, mais le 13 août tout mouvement avait cessé; la malade pouvait remuer la jambe sans être prise de tremblement. Les troubles trophiques ne disparurent que très lentement. A la date du 9 novembre, la malade ne marchait pas encore sans l'aide de béquilles.

Le 29 décembre, la marche était facile, sans boiterie; la sensibilité était revenue dans *presque* tout le membre inférieur. Quelques troubles trophiques persistent.

On ne peut considérer ce fait que comme un demi succès, les troubles hystériques cédant fréquemment à des méthodes de traitement moins aventureuses.

XXXIII. — Revue très intéressante dans laquelle l'auteur discute les indications de la méthode, fait connaître l'historique et les procédés opératoires et publie un grand nombre d'observations. A. C.

I. — Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs, par WIET (*Thèse de Paris n° 41, 1881*).

II. — Les dangers de l'élongation des nerfs, par Julius ALTHAUS (*Brit. med. journal, p. 11, janvier 1882*).

III. — Élongation du plexus brachial pour des névralgies, par V. AMBONI (*Annali univ. di med., janvier 1880*).

IV. — Élongation du nerf sciatique dans l'ataxie locomotrice, par H. PAYNE (*Brit. med. journal, p. 1054, décembre 1881*).

V. — Case of locomotor ataxy; stretching of the sciatic nerve, par H.-E. SPENCER (*Brit. med. journal, 28 janvier 1882*).

VI. — Élongation dans l'ataxie locomotrice; discussion du congrès de Londres (*Ibid., août 1881*).

VII. — L'élongation des nerfs, revue critique, par ARTAUD et GILSON (*Revue de chirurgie, février 1882*).

I. — La thèse de Wiet forme une monographie très complète de la question de l'élongation des nerfs; elle renferme, en plus des expériences relatées ci-dessus, la plupart des observations publiées sur ce sujet.

II. — L'auteur fait remarquer que l'on n'a parlé jusqu'à présent que des avantages de l'opération, sans en mentionner les dangers. Or, il existe déjà cinq cas de mort à la suite de cette manœuvre thérapeutique (faits de Socin, de Langenbeck, de Billroth, de Berger et de Benedikt).

Dans ces faits, la mort paraît être due à de trop violentes tractions, qui produisent un ébranlement général des centres nerveux, et particulièrement de la moelle allongée. On a noté, en effet, des vomissements, du hoquet, des paralysies complètes de la vessie et des intestins, enfin une dyspnée aboutissant à l'asphyxie. H. R.

III. — Névralgie atroce et rebelle à tout traitement chez une femme de trente-neuf ans, consécutive à un abcès de l'aisselle. L'auteur mit à nu dans l'aisselle les principaux troncs du plexus et les élongea. Pansement méthodique. Guérison rapide. Soixante-quatorze jours après l'opération, les douleurs n'avaient pas reparu. A. C.

IV.—Dans l'observation de Payne, il y eut soulagement des douleurs, mais persistance de la parésie et de l'incoordination motrice.

V.—Il s'agit dans cette observation d'un homme de trente ans chez lequel les premiers symptômes d'ataxie étaient survenus à dix-sept ans, à la suite d'excès vénériens considérables. Les symptômes dominants étaient une incoordination totale des membres, sans douleurs fulgurantes, une anesthésie complète, une abolition absolue des réflexes patellaire et plantaire.

Malgré l'absence de douleurs fulgurantes, l'élongation du nerf sciatique gauche fut pratiquée pour remédier à un état qui semblait désespéré. L'opération n'offrit aucune particularité remarquable. Le lendemain matin, il y avait un retour complet de la sensibilité plantaire réflexe des deux côtés. Une semaine plus tard, il y avait une différence marquée entre les deux côtés : les mouvements de la jambe gauche étaient presque normaux ; ceux de la droite très incertains. La sensibilité était revenue à gauche, mais non le réflexe patellaire. Au bout d'un mois, cette amélioration passagère avait disparu, et l'état du malade était aussi mauvais qu'avant l'opération, ce qui dissuada d'élonger le sciatique droit.

Le côté curieux de cette observation est le retour du réflexe plantaire, et l'amélioration momentanée de la sensibilité et du mouvement dans la jambe opérée. H. R.

VI. — Langenbeck lit un mémoire où il rapporte quelques faits d'amélioration des symptômes ataxiques à la suite de l'élongation du sciatique.

Le docteur Morgan, de Manchester, rappelle que dans son service se trouve un malade atteint de sclérose latérale idiopathique, avec tremblement épileptoïde, accroissement des réflexes tendineux, douleurs fulgurantes dans les extrémités inférieures. Ces douleurs résistaient à la morphine et aux autres calmants. On résolut de faire l'élongation du sciatique : l'opération se fit sans difficulté. Avant l'opération, le malade étant chloroformé, le réflexe tendineux était très intense : immédiatement après la traction du nerf, le réflexe disparut complètement dans la jambe opérée, mais persista dans l'autre : quant à la douleur, elle cessa dans les deux membres inférieurs. Dans la quinzaine qui suivit, la trépidation épileptoïde reparut légèrement, mais les douleurs restèrent nulles. La conclusion du docteur Morgan est que l'opération est utile dans les cas de sclérose des cordons latéraux aussi bien que des cordons postérieurs.

Grainger Stewart, d'Édimbourg, a rencontré plusieurs cas où la douleur, accompagnée de paralysie et d'autres symptômes, indiquait des lésions des nerfs eux-mêmes. Dans ces cas, l'élongation des nerfs peut amener un soulagement non seulement passager, mais définitif.

Langenbeck fait remarquer, à cette occasion, que la maladie peut débuter par une névrite périphérique, laquelle déterminerait une myélite secondaire : la douleur des nerfs, si remarquable et si intense dans les cas précités, peut être supprimée, ou tout au moins atténuée par l'élongation des cordons nerveux : d'où la possibilité d'une amélioration secondaire de la moelle elle-même.

La question posée par Ogle, à savoir si l'opération est plus utile dans les cas d'affection des nerfs périphériques que de la moelle centrale, n'est pas résolue. H. R.

VII. — Revue critique passant en revue les faits expérimentaux et la question clinique. Au point de vue expérimental, les auteurs concluent ainsi :

1° Les nerfs sont extensibles ; cette extensibilité va en diminuant du centre à la périphérie, et ses limites normales sont en rapport avec la limite des mouvements normaux des membres ;

2° Étant connu le degré de résistance des nerfs, l'arrachement du tronc nerveux n'est nullement à craindre, quand on pratique l'élongation ;

3° Toutefois, il convient de ne pas dépasser une force de 40 kilogrammes pour l'élongation du sciatique et de 20 kilogrammes pour l'élongation des nerfs du membre supérieur ;

4° Les lésions produites par l'élongation (au début, ecchymoses sous-périnévriques et rupture de fibres nerveuses ; plus tard, dégénération ascendante) sont analogues à celles produites par une section nerveuse partielle ;

5° L'élongation agit sur les conducteurs sensitifs, dont elle supprime instantanément les fonctions ; elle respecte les conducteurs de la motilité ;

6° Elle agit sur les centres (phénomène du transfert de la sensibilité) ;

7° Elle peut s'accompagner de troubles trophiques avec ou sans anesthésie persistante. (Voy. *R. S. M.*, XV, 305, 690, 691, 592 ; XVII, 248, 249, 250.) A. C.

I. — De l'élongation des nerfs dans les affections périphériques et centrales du système nerveux et en particulier dans le tabes dorsalis, par MÜLLER et EBNER (*Wiener Klinik, juli* 1881).

II. — Un cas d'ataxie locomotrice guérie par l'élongation des deux nerfs sciatiques, par H. SCHÜSSLER (*Centralblatt für Nervenheilkunde, n*os 10 et 13, 1881).

III. — La curabilité de l'ataxie locomotrice à l'aide de l'élongation des nerfs, par ERB (*Centralblatt für Nervenkrank., n*° 12, 1881).

IV. — Sur l'élongation des nerfs, par BENEDIKT (*Wiener med. Presse, n*° 30, 1881).

V. — De l'élongation des nerfs dans le tabes dorsalis, par G. FISCHER et Fr. SCHWENINGER (*Centralblatt für Nervenheilkunde, n*° 11, 1881).

VI. — Ueber die Erfolge der Nervendehnung (Sur les résultats de l'élongation des nerfs), par B. NOCHT (*Berlin*, 1882).

VII. — Sur l'élongation des nerfs dans le tabes dorsalis, par O. BERGER (*Breslauer aerztl. Zeitschrift*, n° 18, 1881).

VIII. — Discussion sur la question de l'élongation des nerfs dans le tabes dorsalis. — Société de médecine de Berlin. Séance du 31 octobre 1881 (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 47, 1881). — **Séance du 11 janvier 1882** (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n°s 10 et 11, 1882). — **Séance du 1er février 1882** (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 9, 1882). — **Communication de MOELI sur cette même question** (*Neurologisches Centralblatt*, n° 4, 1882).

I. — Müller et Ebner ont pratiqué l'élongation des nerfs cruraux chez un homme qui présentait depuis deux ans les principaux symptômes de l'ataxie locomotrice. Après quelques légères exacerbations, les douleurs fulgurantes très vives que ressentait le malade cessèrent. A ce propos, les auteurs discutent la portée thérapeutique et le mécanisme d'action de cette méthode de traitement dont la valeur palliative est supérieure à celle de toute autre médication connue. Reste à savoir si les résultats sont durables. Suivant les auteurs, l'efficacité de l'élongation des nerfs est d'autant plus éclatante que les douleurs sont mieux limitées au trajet d'un même nerf.

II. — Le processus anatomique de l'ataxie locomotrice débute, selon Langenbuch, par les nerfs périphériques, et de là se propage aux cordons funiculés de la moelle. De ces prémisses l'auteur conclut à la possibilité d'une guérison radicale de l'ataxie locomotrice à ses débuts, guérison qu'on peut obtenir au prix d'une intervention énergique qui intéresse directement les nerfs qui sont le point de départ des lésions; telle l'élongation. Comme preuve, on peut citer le cas de Schüssler relatif à un malade qui, à la suite d'une fracture du péroné, présenta les principaux symptômes de l'ataxie locomotrice et chez lequel on pratiqua l'élongation des deux nerfs sciatiques. Au bout de six semaines, tous les symptômes de l'ataxie avaient disparu, sauf l'abolition des réflexes tendineux, qui subsistait.

III. — Erb s'est livré à une critique rigoureuse de la communication de Schüssler. Il reproche à ce dernier d'avoir donné pour un exemple d'ataxie locomotrice classique une observation qui diffère de celle-ci par des points; puis il soutient que l'on ne pourra se prononcer sur la valeur effective de l'élongation, que lorsque l'amélioration observée à la suite de cette pratique se sera maintenue pendant des années.

IV. — Pour Benedikt, l'élongation des nerfs appliquée au traitement du tabes a une influence indéniable sur les douleurs fulgurantes et en ceinture, sur l'anesthésie, sur les désordres ataxiques du mouvement; mais elle ne change rien à l'abolition des réflexes tendineux. Cette méthode de traitement est parfaitement à même de ramener un cas d'ataxie de la période d'état à l'état de choses tel qu'il existe au début et à assurer de la sorte plus d'efficacité aux médications ordinaires vantées contre l'ataxie. Benedikt pense que l'élongation agit par voie reflexe pour relever la nutrition des centres d'innervation des nerfs tiraillés (!)

V. — Fischer et Schweninger ont relevé dans les moindres détails l'état d'un ataxique avant et après l'élongation de l'un des nerfs sciatiques. L'opération a eu pour résultats immédiats : de calmer les douleurs fulgurantes qui étaient atroces, d'améliorer la marche, de relever

l'énergie musculaire (l'effet contraire a été observé par divers auteurs sur d'autres malades), de rétablir les fonctions de la vessie, de ramener la sensibilité tactile et sous-cutanée, et de faire cesser l'hémidrosis. On a encore observé l'abolition des réflexes tendineux, les troubles de la tonicité musculaire, de la sensibilité thermique, et le ralentissement de la transmission des impressions douloureuses.

Les auteurs sont d'ailleurs très réservés sur la question de durée de l'amélioration obtenue.

VI. — Dans un mémoire concis, Nocht fait le relevé de 150 cas d'affections très variées où l'élongation des nerfs a été pratiquée dans un but thérapeutique. Ces cas se répartissent de la façon suivante : 60 cas de névralgies, 8 cas de tic convulsif, 8 cas de torticolis, 6 cas de contracture des membres, 24 cas de tétanos, 10 cas d'ataxie locomotrice (dont 3 inédits, empruntés à la pratique du professeur Westphal), 10 cas d'autres affections des centres nerveux.

Il est difficile de résumer en quelques lignes les résultats obtenus de l'élongation des nerfs dans ces circonstances pathologiques si dissemblables. L'auteur est obligé de convenir que, dans les cas d'ataxie locomotrice, l'action de cette méthode de traitement est essentiellement symptomatique. Il cite deux cas où son influence sur l'état des symptômes et l'évolution de la maladie fut absolument nulle. Les résultats ont été moins brillants encore chez les 10 malades de la dernière catégorie (affections diverses des centres nerveux).

VII. — A l'occasion d'un cas d'ataxie locomotrice traité avec succès par l'élongation des nerfs et qui fit l'objet d'une communication à la Société de médecine de Breslau, Berger protesta contre l'impatience qui pousse les novateurs en matière de thérapeutique à publier des résultats exceptionnellement brillants qui, dans la suite, se dissipent en fumée. Berger a eu recours à l'élongation des nerfs dans des cas de tic douloureux, d'épilepsie, de sciatique, de paralysie agitante; d'une façon générale, les résultats *obtenus ont été très peu satisfaisants*. Passant en revue les principaux cas d'ataxie locomotrice traités par cette méthode et publiés en Allemagne, l'auteur n'a pas de peine à démontrer qu'aucun d'eux ne saurait être donné pour un exemple authentique de guérison définitive de l'ataxie locomotrice typique.

VIII. — La Société de médecine de Berlin s'est occupée, à différentes reprises, de la question de la valeur réelle de l'élongation des nerfs dans le traitement de l'ataxie locomotrice. Une première fois (séance du 31 octobre 1881), Bernhardt, Wegener, Goltdammer, Israel ont cité des faits d'ataxie locomotrice où l'élongation tantôt fut sans influence heureuse sur l'état des malades, tantôt fut suivie d'une aggravation. Litten a déclaré, à ce propos, qu'au congrès des naturalistes allemands tenu à Salzbourg au mois de septembre dernier, les faits du même genre produits par des médecins venus de différents points de l'Allemagne parlaient dans le même sens. Leyden a fait ressortir la tendance actuelle à émettre trop à la légère le diagnostic d'ataxie locomotrice et à prendre pour une guérison durable une amélioration passagère.

Dans la séance du 2 janvier 1882, Langenbuch, que visaient surtout ces diverses communications, a présenté à la Société de médecine de Berlin un certain nombre de malades, la plupart des ataxiques, sur lesquels il

avait pratiqué l'élongation des nerfs. Dans sa communication, il met en parallèle, à propos de chaque malade, l'état des différents symptômes avant et après l'opération. A ces faits, on peut faire cette objection capitale, et elle a été faite, du peu d'intervalle qui s'est écoulé entre le moment de l'opération et celui de la présentation.

Dans la séance du 1er février 1881, Bernhardt et Westphal ont insisté sur ce que l'ataxie locomotrice est une maladie à évolution lente, à durée très longue, sujette à des rémissions spontanées qu'on aurait tort de prendre pour des guérisons définitives. Bernhardt a fait remarquer que même les douleurs ont reparu dans la plupart des cas, quelque temps après l'élongation, et Westphal a tenu à déclarer qu'il n'existe pas jusqu'à ce jour un seul exemple avéré d'ataxie locomotrice guéri par ce mode de traitement ou tout autre.

Les faits, au nombre de 11, qui figurent dans la communication de Moeli, corroborent ce jugement émis sur la valeur de l'élongation des nerfs dans le traitement des tabes. Bien plus, Moeli a fait voir que cette pratique n'est pas seulement inefficace, mais qu'elle a ses dangers, et il mentionne les cas de Socin, de Langenbuch, de Berger, de Westphal où l'opération en question achemina les malades vers la tombe. E. R.

HERNIES; MALADIES DE L'INTESTIN.

I. — Contribution à l'étude des hernies latérales de l'abdomen (laparocèles), par J. FERRAND (*Thèse de Paris*, 1881).

II. — Ueber Zwerchfellshernien (Hernies diaphragmatiques), par L. LAGHER (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *Band XXVII*, *Heft* 3 *et* 4, *p.* 268).

III. — Un cas de hernie lombaire aiguë, par Jul. WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, 23 *février* 1880).

IV. — Des hernies inguinales avec ectopie du testicule, par Aug. CHAMBAY (*Thèse de Paris*, *n*° 504, 1879).

V. — Hernie inguinale volumineuse. Taxis et compression répétés pendant 4 mois. Réduction; guérison, par THIRY (*Bull. Acad. de Belgique*, *XV*, *n*° 6, 1881).

VI. — Omental hernia; two operations, recovery, par MASON (*The Lancet*, *vol. II*, *p.* 576, 1880).

VII. — Entero-epiplocele vaginale durante il soprapparto, par R. GATTAI (*Lo Sperimentale*, *août* 1881).

VIII. — Hernie vaginale d'origine traumatique; anus contra natura dans le vagin; guérison spontanée, par P. PENNEL (*France méd.*, 8 *novembre* 1881).

IX. — Case of strangulated vermiform appendix, operation, death, par PICK (*The Lancet*, *vol. I*, *p.* 801, 1880).

X. — Sur un cas d'étranglement herniaire compliqué d'algidité, par VERNEUIL (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 411, 1881).

XI. — Hernie ombilicale étranglée opérée au 10e jour et guérie le 75e, par CHAUVEL (*Ibid.*, 23 *novembre* 1881).

XII. — Hernie crurale étranglée; péritonite cinq jours après l'opération; éva-

cuation du liquide intra-péritonéal par une seconde opération; guérison, par R. JAMIN (*France méd.*, 7 *février* 1882).

XIII. — Eingeklemmter Schenkelbruch; Herniotomie mit Verletzung der Arteria obturatoria, Heilung (Kélotomie, blessure de l'artère obturatrice; guérison), par SPICZER (*Wiener med. Woch.*, *n*° 6, 1881).

XIV. — Deux opérations de cure dite radicale de hernies inguinales non étranglées; modification du manuel opératoire, par J. REVERDIN (*Bull. Soc. de chir.*, *p.* 268, 1881).

XV. — Étude du résultat définitif dans la cure radicale des hernies, par V. GUÉNOD (*Thèse de Bâle*, 1881).

XVI. — A practical treatise on hernia (Chap. Cure radicale), par Joseph-H. VARREN (2e *édition*, *Boston*, 1882).

XVII. — Rupture complète et détachement d'une portion d'anse intestinale, à la suite de contusion de l'abdomen, sans lésion apparente de la peau, par E. BOULEY (*Soc. anat.*, 25 *mars* 1881).

XVIII. — Rupture traumatique de l'intestin grêle sans ecchymose de la paroi abdominale, par R. JAMIN (*Soc. anat.*, 17 *juin* 1881).

XIX. — Sudden death from torn intestine (Déchirement de l'intestin; mort subite), par H. GALTON (*The Lancet*, *vol. I*, *p.* 232, 1880).

XX. — Genèse des kystes de l'intestin, par ROTH (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *mars* 1880).

I. — Sous le nom de laparocèle, l'auteur décrit les hernies qui se produisent en dehors des anneaux naturels, dans les points où la paroi abdominale est constituée par trois plans musculo-aponévrotiques. Ce sont les hernies ordinairement appelées ventrales. Ces hernies sont facilement confondues, au début, avec d'autres affections gastro-intestinales, ou avec de petits lipomes.

L'auteur publie un grand nombre d'observations qui lui permettent de discuter avec soin les indications du traitement, dans les cas simples, et dans les cas d'étranglement. A. C.

II. — Le travail de l'auteur comprend, en plus des trois cas inédits relatés plus loin, un tableau dans lequel il a condensé les particularités les plus importantes, mentionnées dans 266 observations de hernies diaphragmatiques que Lacher a relevés.

Obs. I. Homme de 44 ans qui, dans une dispute, reçut plusieurs coups de couteau dont un, entre autres, pénétra dans le 6e espace intercostal entre les lignes mamillaire et axillaire. L'examen du thorax ne fit découvrir aucun signe d'un épanchement de liquide ou de gaz dans les cavités pleurales. Le lendemain on percevait une matité relative dans les parties déclives du thorax. Le malade était en proie à une dyspnée violente et à des vomissements incessants. Le surlendemain il succombait dans le collapsus; les vomissements avaient persisté jusqu'à la mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une faible quantité d'un liquide épais, rougeâtre, puriforme. Le diaphragme arrive à droite jusqu'au bord supérieur de la 5e côte, à gauche, jusqu'au bord supérieur de la 6e. Dans la cavité pleurale gauche, environ 1/4 de litre d'un liquide puriforme, sanguinolent; dans la cavité pleurale droite, une quantité à peu près équivalente de sang noir. Dans la partie inférieure de la cavité pleurale gauche,

on découvre une anse d'intestin d'environ 8 centimètres de longueur, qui répond à la jonction de la portion transversale et descendante du côlon, et à côté un morceau d'épiploon de 5 centimètres environ de longueur. Ces viscères ont pénétré dans la cavité thoracique à travers une plaie du diaphragme de 2 centimètres 1/2 de longueur aux bords tranchants. Cette plaie intéresse le fragment d'épiploon hernié.

Obs. II. Enfant de constitution débile, présentant depuis sa naissance une cyanose persistante, et chez lequel la pointe du cœur battait à droite, ce qui avait fait croire à une malformation congénitale. A l'autopsie de cet enfant qui mourut à l'âge d'un an, on trouva une solution de continuité de la portion charnue du diaphragme, qui avait livré passage à un fragment du côlon et au rein gauche, entourés d'un sac commun formé par le péritoine. Ces organes herniés avaient refoulé le cœur à droite.

Obs. III. Enfant nouveau-né à terme. En ouvrant la cavité thoracique, on la trouve envahie en majeure partie par un organe distendu en forme de sac qu'on reconnut bientôt pour être l'estomac. Lorsqu'on eut enlevé le sternum, on constata que le cœur et les poumons étaient refoulés dans un espace restreint représentant environ le tiers de la cavité thoracique. Tout le reste était occupé par des viscères abdominaux faisant hernie à travers le diaphragme.

La solution de continuité est due à l'absence de la portion charnue du diaphragme qui s'insère aux côtes sur la partie latéro-postérieure gauche du thorax; elle a la forme d'une échancrure semi-lunaire. F. LABADIE-LAGRAVE.

III. — Braun (*R. S. M.*, XV, 174), a réuni 20 exemples de hernie lombaire, congénitale ou spontanée, et 9 faits de la même hernie traumatique. Il est remarquable que sur ces 29 observations, toutes, à l'exception de 2, appartiennent aux littératures médicales de la France ou de l'Angleterre. Le fait suivant est le troisième signalé en Allemagne.

Un jeune homme de 24 ans, à la suite d'une ostéomyélite infectieuse survenue à l'âge de 10 ans, eut pendant de longues années des accidents de carie ou de nécrose à la hanche et à son articulation, ainsi qu'à la cuisse droite et au bras gauche.

Dans la région de la crête iliaque droite, persistèrent, 4 ans durant, des abcès par congestion et des fistules. Il en est résulté une perte de substance osseuse, semi-lunaire, large de 4 centimètres, située à une distance entre les deux épines iliaques supérieures.

Immédiatement au-dessus de cette lacune de la crête se trouve une hernie du côlon ascendant de la grosseur d'un œuf d'oie. L'orifice herniaire, qui a à peu près les dimensions d'une pièce d'un marc, se trouve limité en bas par la perte de substance osseuse, en avant par le muscle oblique externe, en arrière par le grand droit, et en haut, par oblique interne. Après réduction de la hernie, on peut introduire, par l'orifice de sortie, deux doigts jusque dans la fosse iliaque qu'on explore ainsi à une distance de 3 à 4 centimètres en tous sens.

Au neuvième congrès des chirurgiens allemands, *Starcke* présente le 31e cas de hernie lombaire; il s'est produit à la suite d'une incision d'abcès.

Bardeleben et Langenbeck n'ont jamais vu de hernie lombaire se montrer à la suite d'ouverture d'abcès de la paroi abdominale. J. B.

IV. — Voici les conclusions de cette thèse où l'on trouvera 7 observations intéressantes :

1° La hernie inguinale avec ectopie du testicule est une variété rare, plus commune peut-être néanmoins qu'on ne croit généralement;

2° Elle est interstitielle;

3° L'étroitesse absolue ou relative de l'orifice inférieur du canal inguinal est liée à l'ectopie du testicule ;

4° Cette étroitesse relative peut dans certains cas livrer passage à une petite pointe de hernie, qui se trouve alors être à la fois interstitielle et scrotale ;

5° L'étranglement est déterminé tantôt par le collet du sac, tantôt par la compression qu'exercent sur l'intestin ces deux plans contractiles qui le limitent en avant et en arrière ;

6° La hernie inguinale avec ectopie du testicule, bien que le nombre des observations fournies ne soit pas assez considérable pour nous sembler suffisamment probant, nous paraît avoir la même fréquence à droite qu'à gauche et réciproquement. Nous savons, d'ailleurs, que, si d'après Wrisberg, Marshall et Godard, l'arrêt du testicule se fait plus souvent à gauche qu'à droite, d'après Campen, Pétrequin, Oustalet, le contraire aurait lieu. De cette divergence d'opinion, que faut-il conclure sinon que cet arrêt s'effectue tant d'un côté que de l'autre, d'une façon à peu près égale. L. JULLIEN.

V. — J..., âgé de 42 ans, porte depuis 20 ans une hernie volumineuse inguinale droite, descendant dans les bourses et arrivant à 2 centimètres du genou. Absence de troubles digestifs, mais la marche est pénible et fatigante.

La hernie est formée en grande partie par l'intestin et un peu d'épiploon, A la région hypogastrique, les parois abdominales sont infiltrées de graisse, tandis que les régions épigastrique et ombilicale sont aplaties ; la cavité de l'abdomen a perdu de son amplitude. Thiry se décide à employer le taxis compresif et progressif pour réduire la tumeur.

Le traitement commença le 22 juin 1880. Les séances eurent d'abord lieu tous les huit ou dix jours ; immédiatement après le taxis, le malade se plaignait de douleurs abdominales. Le 28 août la tumeur avait diminué de plus de moitié. A partir de ce jour le taxis fut pratiqué tous les jours. Le 10 septembre, après 45 minutes de taxis, toute la hernie y compris le sac rentra bruyamment dans la cavité abdominale. Un bandage à pelote triangulaire très large, fut appliqué immédiatement.

Pendant toute la durée du traitement le malade ne présenta d'autres troubles dans les voies digestives que de l'inappétence et parfois de la constipation.

Au mois de novembre la réduction s'était maintenue et les organes génitaux étaient revenus à peu près à leur état normal.

Thiry croit pouvoir conclure de cette observation que les hernies anciennes volumineuses, constituant une sorte d'éventration, sont réductibles dans la grande majorité des cas. Le volume d'une hernie n'est jamais une contre-indication à la réduction, seulement pour l'obtenir il faut beaucoup de temps et certaines précautions. La diminution de la capacité de la cavité abdominale dans les hernies anciennes, formées par la sortie d'une grande partie de la masse intestinale, ne s'oppose jamais à une réduction lente, méthodique et progressive. Le meilleur procédé de réduction est le *taxis compressif* c'est-à-dire celui qui ne replace dans leur position naturelle que les parties qui ont été préalablement dégorgées, à commencer par celles qui sont sorties les dernières.

Quand la hernie est complètement réduite, la pelote du bandage définitif à convexité développée doit pénétrer dans les anneaux et se modeler sur leurs dimensions. F. HENNEGUY.

VI. — Un jeune homme de 26 ans ne pouvait prendre depuis deux ans d'aliments solides sans avoir des nausées et des vomissements. Dans la région crurale droite existait une tumeur légèrement douloureuse à la pression, irréductible, de consistance pâteuse. Une première opération fut faite avec le cautère actuel; toute la partie épiploïque herniée, du volume d'une noix environ, fut excisée. Les résultats immédiats furent parfaits ; mais peu à peu les troubles digestifs d'une part, la tumeur de l'autre reparurent et une nouvelle opération devint nécessaire. Celle-ci fut conduite selon les principes antiseptiques. La guérison paraît devoir persister, bien qu'une légère sensibilité ait reparu dans l'aine.

Aucune opération ne fut suivie d'accidents.

VII. — L'auteur fut appelé auprès d'une femme en travail pour seconder la sage-femme qui trouvait dans la disposition des parties génitales des particularités insolites. Il reconnut aisément une entéro-épiplocèle vaginale ; il fallait réduire la hernie avant que la tête du fœtus fût engagée. Mais cette réduction fut impossible le col étant complètement dilaté, et la poche des eaux tendue de façon à faire croire que sa rupture était imminente. Il tenta alors de la réduire en faisant mettre la parturiente sur les genoux et les coudes. Mais ces tentatives n'aboutirent à rien ; la poche des eaux se rompit, et la tête s'engagea aussitôt dans l'excavation.

Il repoussa alors contre la paroi supérieure du vagin la tumeur avec l'index et le médius de la main droite et laissa l'accouchement se terminer de lui-même. L'enfant était à terme, du sexe féminin, et bien conformé. Dix minutes après sortit le placenta. Alors il repoussa doucement la tumeur, qui fut réduite sans difficulté, en produisant un bruit caractéristique de gargouillement.

Les suites de couches furent normales, et la hernie ne se reproduisit pas.

L. H. PETIT.

VIII. — Femme de 25 ans, ayant déjà deux enfants. Fâchée de se voir enceinte, elle s'est fait pratiquer, vers le 3e mois de la grossesse, des injections avec une solution de sel marin dans l'espoir d'un avortement. Hémorragie consécutive abondante. Le 9 février, quelques jours après les tentatives, en éternuant, la malade sent une grosseur se former dans le vagin. On reconnaît une hernie vaginale : on ne trouve pas de déchirure de la cloison recto-vaginale. Il est impossible d'atteindre avec le doigt le col utérin et le point de passage de l'anse herniée. La tumeur qui se réduit assez facilement reparaît au moindre effort. Il s'agit donc d'une hernie vaginale.

Depuis deux jours la malade n'a pas eu de garde-robes, mais a rendu des gaz par l'anus. Deux jours après son entrée à l'hôpital, on constate que l'anse intestinale prend une teinte foncée et répand une odeur infecte ; la réduction est impossible. Le lendemain l'anse gangrénée se rompt et forme un anus vaginal.

Le 6e jour, on assiste à l'expulsion d'un fœtus d'environ trois mois ; les matières fécales coulent toujours par le vagin, mais il en sort par l'anus avec des gaz.

Le 8e jour, l'anus vaginal se fermait spontanément et la malade sortait guérie quelques jours plus tard.

A. C.

IX. — Un homme de 54 ans était atteint depuis un douzaine d'années d'une hernie inguinale droite qui rentrait facilement, ne le faisait pas souffrir et pour laquelle il n'avait même jamais porté de bandage. Le 16 février la hernie paraissait, mais ne pouvait être réduite. Dès lors douleurs vives, refroidissement général, suppression des selles, vomissements fécaloïdes. Le 20, un médecin pratique, mais en vain, le taxis.

Le 21 février, cinq jours après le début des accidents, le patient est dans le collapsus : sueurs froides ; pouls misérable ; tympanisme de l'abdomen

sans distension ; rougeurs et œdème des téguments de la région inguinale droite et de toute la partie inférieure de l'abdomen du même côté ; tumeur dure, peu douloureuse à la partie supérieure droite du scrotum, tumeur se prolongeant dans le canal inguinal, ne variant pas pendant les efforts de toux.

L'incision des téguments donne issue à une grande quantité de sérosité : toutes les couches qu'on traverse sont œdémateuses et adhérentes entre elles. Le sac est rempli d'un pus fétide ; sa face interne est tapissée de fausses membranes ; il ne renferme rien autre que l'appendice vermiculaire. Cet appendice est fortement congestionné et recouvert de fausses membranes. L'étranglement, très serré, siège au collet du sac. L'intestin n'étant pas perforé est réduit. Quant au sac, on en fait l'excision. Les précautions antiseptiques ont été prises avec soin tout le temps de l'opération. Le malade reste dans le collapsus et meurt 5 heures après.

A l'autopsie, le sommet de l'appendice cæcal adhère par des adhérences très molles au collet du sac. A l'union du cæcum et de l'appendice existe sur celui-ci une bande pâle avec ulcération, c'est le point qui était serré. Pas de péritonite généralisée.

Pick considère comme unique dans la science le fait qui vient d'être rapporté et qu'il fait suivre de quelques considérations sur l'évolution de la hernie, la cause de l'étranglement et la gravité du cas.

La hernie qui existait depuis longues années ne devait pas être constituée par ce diverticule intestinal qui ne saurait subir une poussée capable de vaincre la résistance des parois abdominales. Il s'agissait selon toute probabilité d'une entérocèle ordinaire ou d'une épiplocèle ; puis un jour, dans le sac déshabité pour l'instant, l'appendice s'était engagé.

L'étranglement a été provoqué par l'inflammation des tissus entourant le collet du sac. Mais on ne peut s'expliquer la soudaineté et la gravité des accidents par le pincement d'un diverticule inutile au jeu régulier des organes. (Il s'agit ici, croyons-nous, d'un fait réflexe comparable aux accidents qu'on a pu observer dans l'étranglement de diverticules intestinaux ou dans le pincement d'une petite partie d'une anse intestinale).

L'auteur se demande enfin s'il n'eût pas mieux valu réséquer l'appendice que de le réduire. Il n'admet pas l'hypothèse de le laisser en place purement et simplement après débridement ; il croit que cela n'eût pas suffi. V. CAMPENON.

X. — Pour M. Verneuil deux symptômes généraux dominent les suites de la kélotomie : l'algidité et la congestion pulmonaire, et l'on peut se demander s'il n'y a pas corrélation entre ces deux phénomènes. Quand l'algidité est très prononcée le pronostic est des plus graves, et le chirurgien peut y trouver une contre-indication à l'intervention; le difficile est de savoir si la congestion pulmonaire est la cause de l'algidité ou si elle en est la conséquence. Une observation recueillie à la Pitié apporte un élément de plus en montrant le malade atteint d'une altération des reins; le sujet opéré 34 heures après le début des accidents, mourut 36 heures après la kélotomie, comme meurent habituellement les individus atteints de néphrite, c'est-à-dire insidieusement sans présenter de symptômes caractéristiques.

Une autre particularité digne de remarque c'est l'infectiosité extrême du liquide du sac dans certains cas; ou quand les efforts de réduction amènent la rentrée d'une partie de ce liquide dans l'abdomen, la péri-

tonite est plus à craindre; c'est pour cela que les lavages à l'eau phéniquée au 20e sont très recommandés lors de l'ouverture du sac.

Pour M. Desprès, il y a toujours algidité et il faut toujours opérer, il n'y a pour ainsi dire pas de contre-indication à l'intervention. Il pense bien y avoir de la congestion pulmonaire, mais ce n'est là qu'une complication de coïncidence et la vraie cause de la mort est dans le non-rétablissement du cours des matières fécales, et la péritonite septique qui en est la conséquence. Depuis longtemps et grâce à Bretonneau on sait que les gaz fétides peuvent s'exosmoser au travers de la paroi intestinale paralysée et qu'aussi il y a souvent de petites perforations qu'on ne reconnait qu'en examinant l'intestin sous l'eau.

MM. Labbé et Lucas-Championnière ne méconnaissent pas les complications signalées par M. Verneuil, mais n'y a-t-il pas quelque danger à détourner les chirurgiens de l'opération qui réussit dans des cas même en apparence fatalement voués à un dénouement fatal; c'est ainsi que M. Labbé a opéré et vu guérir une femme de 104 ans présentant un refroidissement presque complet des extrémités avec dépression profonde du système nerveux.

Parmi les autres causes d'aggravation il faut signaler la rareté des urines, la fréquence des crampes (Berger) et surtout (Le Fort), le retentissement de l'étranglement intestinal sur le grand sympathique. C'est pour remédier à ce danger que le chirurgien de Beaujon recommande comme règle générale l'emploi de l'opium après la kélotomie. On sait que les chirurgiens ont longtemps discuté sur la conduite à tenir en pareil cas. Manec donnait des purgatifs, mais Monod, Letenneur, Demarquay préconisèrent les opiacés fort employés en Angleterre.

L. JULLIEN.

XI. — Dans l'observation de Chauvel, l'étranglement était à marche lente, progressive, produit par le collet du sac. L'occlusion de l'orifice fut impossible à cause de l'écartement des bords, mais la suture simple du sac suffit pour retenir l'intestin.

XII. — Femme de 38 ans, entrée le 25 octobre à l'hôpital Necker pour une hernie crurale droite étranglée. La kélotomie ne présenta aucune particularité, l'anse herniée fut réduite et l'on pratiqua la ligature du sac avec excision de la portion excédante.

Le 31 octobre, dans la soirée, frissons, hoquets, vomissements. Depuis l'opération, l'état général et local avait été parfait.

On découvre au-dessous du pli inguinal gauche une petite grosseur du volume d'une noix, tendue, irréductible.

Le 1er novembre, phénomènes de péritonite et de plus constipation absolue. Par une incision verticale sur la petite tumeur, on arrive sur une sorte de sac ne contenant ni épiploon, mais un liquide rouge brunâtre, à odeur fécaloïde; la face interne du sac est tapissée de fausses membranes récentes. On dirige une sonde vers le collet du sac et il s'écoule aussitôt de la cavité abdominale 200 grammes d'un liquide analogue. On ferme le sac par quelques points de suture avec un drain.

Le lendemain les vomissements sont moins nombreux, mais comme la température s'abaisse, on pratique quatre injections sous-cutanées d'éther. Même traitement le surlendemain.

Une grande quantité de liquide coule encore par le drain. Le 11 novembre cet écoulement cesse, tout phénomène grave disparaît et la malade sort guérie dans les premiers jours de janvier. A. C.

XIII. — Un cocher de 38 ans, atteint de hernie depuis 12 ans, éprouve pendant la nuit de vives douleurs suivies bientôt de vomissements bilieux. L'auteur diagnostique une hernie inguinale étranglée et pratique l'opération quarante heures après le début des accidents.

L'incision du sac permet l'écoulement d'un peu de liquide rougeâtre. En introduisant le doigt dans le sac incisé on constate que le canal inguinal es libre; il s'agit donc non pas d'une hernie inguinale comme on le pensait, mais bien d'une hernie crurale. L'incision de l'anneau faite en dedans et en haut n'ayant pas suffi pour opérer la réduction de l'intestin, le chirurgien dirige le bistouri en dedans et en bas. C'est alors qu'il voit jaillir du sang artériel. Pour arrêter l'hémorragie, il essaye en vain le tamponnement de la plaie et la ligature sur place de l'artère lésée qui n'est autre que l'obturatrice anormalement située. Pour parvenir à lier le tronc artériel il est forcé de prolonger en dehors l'incision faite à la paroi abdominale parallèlement au ligament de Poupart, et de diviser les couches sous-jacentes comme dans la ligature de l'iliaque externe. Suture profonde en haut de la plaie, drain en bas. Pansement antiseptique. Guérison au bout de vingt jours.

L'anomalie d'origine de l'obturatrice existe d'après Cloquet et Cooper chez un sujet sur 4 ou 5. La blessure en est donc bien plus fréquente qu'on ne le croit en général et constitue un grave danger; ce n'est pas que la ligature soit difficile, mais le plus souvent la lésion de l'artère reste ignorée, le sang s'épanchant dans le péritoine. L. GALLIARD.

XIV. — Frappé de la difficulté qu'offre le rapprochement des piliers dans les fibres internes qui souvent sont très divergentes et exigent pour être rapprochées une tension considérable et de grands efforts, M. Reverdin a eu l'idée de pratiquer au-dessus du pilier interne de petites incisions libératrices qui lui permettent de s'abaisser plus facilement à la rencontre du pilier externe. Ces incisions sont faites parallèlement à la direction des piliers de l'aponévrose du grand oblique. Elles séparent ces fibres en faisceaux et en coupant quelques fibres intercolonnaires, elles permettent à l'incision de bailler et de prendre aussitôt la forme d'un losange allongé qui laisse voir les fibres du grand oblique. Ces incisions doivent être courtes afin de ne pas créer dans l'aponévrose du gland oblique des points faibles de trop larges dimensions, qui pourraient laisser passer une hernie d'une espèce artificielle; mais en revanche rien n'empêche de répartir le relâchement en multipliant les débridements, l'auteur en a fait 3 ou 4 en deux séries superposées, les incisions d'une série alternant avec celles de l'autre. Ces incisions libératrices soulagent manifestement les points de suture, les piliers se rapprochent alors beaucoup plus exactement et plus aisément.

Deux opérations appuient cette nouvelle pratique. La première est suivie d'autopsie 11 mois après l'opération; on a pu s'assurer que l'oblitération était bien complète, mais on doit faire remarquer que le sujet n'était guère sorti du lit depuis l'opération, était déjà très éprouvé par une tuberculose pulmonaire très avancée. Dans le second cas, le malade fut assez bien guéri pour pouvoir, 2 mois 1/2 après l'opération, faire à pied le voyage de Zurich à Genève. Cependant l'orifice inguinal permet encore l'introduction du bout de l'index, et quand on fait tousser le malade, on voit s'y former une saillie, aussi continue-t-il à porter un bandage. L. JULLIEN.

XV. — Ce travail, entrepris sous l'inspiration de Socin, débute par un

exposé succinct du manuel opératoire. L'opération se compose de 5 temps :

1° Incision de la peau et des tissus sous-jacents, jusqu'au sac ;

2° Dissection et isolement du sac, pratiqués avec des instruments mousses ou avec les doigts ; si cette dissection n'est pas possible, préparation du collet, de façon à pouvoir le lier ;

3° Incision du sac ; réduction de son contenu, après débridement de l'anneau constricteur, quand il s'agit d'une hernie étranglée ; s'il y a lieu, résection de l'épiploon adhérent ;

4° Ligature simple, double, triple ou quadruple du collet, portée aussi haut que possible, et excision du sac proprement dit ;

5° Suture des piliers, quand elle est nécessaire.

Dans l'espace de trois années, à la clinique de chirurgie de l'hôpital de Bâle, 44 opérations ont eu lieu, et de ces 44 opérés, 34 ont pu être retrouvés et examinés par l'auteur à des époques différentes ; 12 ont été atteints de récidive, et 22 ont été complètement guéris ; ces derniers se partagent en 8 hernies non étranglées (6 inguinales, 2 crurales) et 14 incarcérées (9 inguinales, 5 crurales).

La relation de ces observations est suivie de ces conclusions :

1° Le résultat de la cure dite radicale ne peut être considéré comme définitif que 2 ans après l'opération ;

2° Les chances de succès dépassant énormément les chances de non réussite chez les enfants, l'opération radicale est indiquée toutes les fois que la hernie ne peut plus être contenue par un bandage ;

3° L'opération est indiquée, chez les adultes et les vieillards, dans tous les cas où un bandage n'est pas supporté ou n'est pas efficace dans son action ;

4° L'ablation du sac et la suture du collet, ne compliquant nullement le pronostic de la kélotomie, mais augmentant au contraire les chances de réussite de cette opération, devront toujours être pratiquées dans les cas d'étranglement. oz.

XVI. — Nous relèverons dans cet ouvrage, fort apprécié en Amérique, la méthode de l'auteur pour la cure radicale des hernies.

Elle consiste en une injection d'extrait fluide de quercus alba, évaporé à la consistance de la glycérine et additionné d'une faible dose de morphine. Le malade étant couché sur une table et bien immobilisé avec le bassin légèrement élevé, la hernie est réduite par le taxis. Le doigt porté alors sur l'anneau inguinal ou crural, guide pour la ponction. L'aiguille d'une seringue hypodermique, dont l'auteur donne un modèle spécial, est insinuée doucement dans le canal (hernie inguinale) et le liquide est injecté à la dose de 15 à 25 gouttes. Cela suffit pour déterminer une irritation suffisante. Dans un très grand nombre de cas les suites ont été fort simples et la guérison absolue par occlusion complète des anneaux.

Quand le sac est épais et présente des adhérences, l'auteur conseille d'injecter le liquide non pas à la périphérie du sac, mais sur la face supérieure du sac pour assurer plus facilement la contraction et l'occlusion des anneaux.

L'auteur donne le chiffre de 80 à 85 0/0 comme proportion de guérisons radicales.

XVII. — Homme de 65 ans, entré à l'hôpital à la suite d'un accident de voi-

ure. Une des roues a passé sur le ventre. Aucune lésion apparente du squelette, ni des parties molles ; à peine une légère éraillure de la peau. Le soir même de son entrée éclate une péritonite suraiguë, suivie de mort dans les 48 heures.

A l'autopsie, péritonite purulente déterminée par une rupture de l'intestin grêle. Une portion d'anse, de trois centimètres de long est détachée à peu près complètement, retenue par un bout du mésentère. Les sections sont nettes, circulaires. Au niveau de la rupture, rougeur et infiltration sanguine de l'intestin; pas d'épanchement sanguin véritable.

XVIII. — Un homme de 46 ans, robuste, est serré entre deux voitures. Pas de traces de contusion sur la paroi abdominale. Mort en 24 heures avec abaissement de température, météorisme, etc.

A l'autopsie, rien dans la paroi abdominale. Il s'échappe de la cavité une quantité de gaz fétides. L'épiploon est rouge, sanglant, comme écrasé sur certains points. Épanchement d'un litre environ de sang, sans mélange de matières fécaloïdes. Le jéjunum porte une perforation de 7 à 8 millimètres de diamètre ; cette perforation a des bords très nettement tranchés comme à l'emporte-pièce.

D'après l'auteur, l'intestin a dû être pris entre le corps vulnérant et la colonne vertébrale, et il s'est rompu à un moment où il était distendu par des gaz. A. C.

XIX. — Un homme est trouvé mort dans sa chambre. De la position du cadavre et de l'examen de la pièce, il résulte que cet homme était en train de se chausser au moment où il succomba. Comme lésion unique, on constata à l'autopsie, vers le milieu de l'intestin grêle, près de l'insertion mésentérique, une déchirure transversale de 9 lignes. Un peu de sang et de matières fécales épanchées prouvent que cette déchirure s'est produite pendant la vie. L'intestin est sain, il ne présente aucune altération de sa muqueuse ni de ses glandes. — La rupture doit être attribuée à l'effort fait pour mettre la chaussure. Il y a eu douleur vive et syncope mortelle. V. CAMPENON.

XX. Les kystes intestinaux sont des sacs pleins de liquide, présentant plus ou moins exactement la structure de l'intestin. Le type le plus connu de ces tumeurs est l'hydropisie de l'appendice vermiforme.

Parmi les kystes congénitaux, il en est qui doivent leur origine à une péritonite fœtale et à la rétraction cicatricielle consécutive de l'intestin, par places. Dans d'autres cas, l'intestin demeurant perméable, l'enkystement se produit latéralement.

Le conduit omphalo-mésentérique donne aussi souvent lieu à la production du diverticule de Heckel, qui peut lui-même former un kyste.

Chez un enfant qui, après avoir offert un catarrhe gastro-intestinal, avait succombé à une péritonite de cause inexplicable, Roth trouva un kyste de la grosseur d'un œuf d'oie, inséré à l'iléon par un petit pédicule ; ce kyste, rempli de pus et de sang, présentait une gangrène au début. Bien qu'un stylet pût de l'intestin être introduit dans le pédicule, on ne parvint pas à vider le contenu du kyste dans l'intestin. La gangrène était occasionnée par la torsion du pédicule.

D'autre part, chez un enfant né en état d'asphyxie et qui succomba presque immédiatement, Roth constata les faits suivants :

En avant du côlon ascendant et du duodénum recouvert par le péritoine, se voyait un kyste de la grosseur d'un œuf d'oie et au-dessus une tumeur allongée en forme de boudin. En outre, il existait dans le médiastin postérieur à droite et en arrière de l'œsophage, une autre tumeur kystique ayant les dimensions d'un œuf de pigeon. Tous ces kystes présentaient la structure de

l'intestin, reconnaissable dans ses différentes tuniques et dans son épithélium cylindrique. Ils renfermaient du mucus.

L'origine de ces tumeurs devait être cherchée dans un diverticule en forme de boudin, long de 10 centimètres, qui débouchait dans l'intestin près de la valvule iléo-cœcale. Ce diverticule, situé entre les feuillets du mésentère, offrait la texture de l'intestin et contenait du mucus; il dérivait évidemment du canal omphalo-mésentérique. Sa portion la plus extérieure était constituée par un kyste de la grosseur d'un haricot, rempli d'un liquide analogue à l'humeur vitrée, doublé d'épithélium vibratile et cylindrique et complètement séparé du reste du diverticule.

On sait qu'à une certaine période de la vie fœtale l'œsophage procède de l'épithélium vibratile; il est possible qu'il existe aussi transitoirement dans d'autres points du tube digestif.

Les deux kystes abdominaux ainsi que le kyste médiastinel étaient le résultat de l'étranglement du diverticule; le développement de l'intestin et la séparation des cavités abdominale et pleurale les avaient graduellement éloignés de leur point d'origine. J. B.

I. — **De la dilatation passive de l'S iliaque et de ses conséquences au point de vue clinique, par E. TRASTOUR** (*Revue mens. de méd., avril* 1880).

II. — **Zur Diagnostic des Flüssigkeitansammlungen im Cavum Abdominis nebst Bemerkungen über ileus-artige Zustände in Folge tuberculoser Darmstenosen (Du diagnostic des collections liquides de l'abdomen et des étranglements internes consécutifs à la tuberculose intestinale), par M. LITTEN** (*Zeits. f. klin. Med., II, p.* 702).

III. — **Intestinal obstruction existing for nine months, cured by colopuncture, par J. Mac GOWN** (*Brit. med. journ., janvier* 1882).

IV. — **De l'occlusion intestinale, par W.-B. DAVIS** (*Boston med. and surg. journ.,* 26 *février* 1880).

V. — **Case of intestinal obstruction or occlusion lasting thirty nine days; treatment subcutaneous injections of morphia, recovery, par H. LAMBART** (*The Lancet, vol. I, p.* 993, 1880).

VI. — **Ileus causé par des concrétions de nature organique; entérotomie, par LANGENBUCH** (*Berliner klin. Woch.,* 10 *mai* 1880).

VII. — **Schellack-Steine als Ursache von Ileus (Ileus occasionné par des concrétions de gomme laque), par Carl FRIEDLAENDER** (*Ibid.,* 2 *janvier* 1881).

VIII. — **The aspirator as an aid to diagnosis in cases of obstruction of the bowel, with description of an enterotomy tube, par Roderick MACLAREN** (*The Lancet, vol. II, p.* 762, 1880).

IX. — **Sull'invaginamento intestinale cronico, par G. CORRADI** (*Lo Sperimentale, p.* 1, 1880).

X. — **Intussusception, inflation with air, recovery, par RANSFORD** (*The Lancet, vol. I, p.* 326, 1880).

XI. — **Rare case of intestinal obstruction of thirty nine day's duration, recovery, par J. HUTCHINSON** (*The Lancet, vol. I, p.* 11, 1881).

XII. — **Observation d'invagination intestinale avec issue de 40 centimètres d'intestin gangrené; guérison, par GUERDER** (*Union méd.,* 11 *septembre* 1879).

XIII. — Étranglement interne par une bride congénitale, par RIVET (*France méd.*, 31 *janvier* 1880).

XIV. — Nouveau cas de laparotomie dans un cas d'étranglement interne par bride, par Jules BŒCKEL (*Congrès d'Alger*, 18 *avril* 1881).

XV. — Case of intestinal obstruction caused by a wine-bottle; removal by abdominal section, death, par G. RUSSELL (*Brit. med. journ.*, 28 *mai* 1881).

XVI. — Corps étranger du rectum déplacé et arrêté dans l'S iliaque; extraction par l'abdomen, suture de l'intestin; guérison, par GENTILHOMME (*Union méd.*, *septembre* 1881).

XVII. — Intestinal stricture, par B. RUNNALS (*Brit. med. journ.*, *janvier* 1882).

XVIII. — Rétrécissement simple de l'intestin, laparotomie, anus artificiel, survie de 16 mois, par B. FRAENKEL (*Berlin. klin. Woch.*, 5 *et* 19 *avril* 1880).

XIX. — Hernie crurale étranglée, suture de l'intestin, par G. RICHELOT (*Union médicale*, 31 *mai* 1881).

XX. — Hernie étranglée, suture de l'intestin, par RIVIÈRE (*Gazette hebd. de Bordeaux*, 11 *juin* 1881).

XXI. — Ueber Resection eines gangraenosen Darmstueckes bei Herniotomie (De la résection de l'intestin gangréné dans la kélotomie), par HAGEDORN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 305, 24 *mai* 1880).

XXII. — Zur Darmresection (3 résections partielles de l'intestin, deux dans la kélotomie et une pour cancer du gros intestin), par CZERNY (*Ibidem*, 8 *et* 29 *novembre* 1880).

XXIII. — Exstirpation eines vom Mesenterium ausgehenden Lipoma œdematosum myxomatodes mit partieller Resection des Duenndarmes. Heilung (Extirpation d'un lipome mésentérique avec résection partielle de l'intestin; guérison), par MADELUNG (*Ibid.*, 7 *et* 14 *février* 1881).

XXIV. — Résection de deux mètres d'intestin grêle; guérison, par KŒBERLÉ (*Gaz. hebd.*, *p.* 55, 1881).

XXV. — Ueber Darmresection bei gangrenösen Hernien (Résection de l'intestin dans les hernies gangrenées), par C. JAFFÉ (*Samml. klin. Vorträge*, *n°* 201).

XXVI. — Heilung eines Anus praeternaturalis durch Darmnaht (Guérison d'un anus artificiel par l'entérorrhaphie), par GRAEFE (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 *février* 1881).

XXVII. — Anus praeternaturalis. Darmresection. Heilung, par W. BAUM (*Idem*, *n°* 20, *p.* 278, 16 *mai* 1881).

XXVIII. — Fistule pyo-stercorale. Laparotomie et suture de l'intestin. Guérison par première intention, par JULLIARD (*Revue médicale de la Suisse romande*, *I*, 214, *avril* 1881).

XXIX. — Operationen am Darme (Opérations sur l'intestin), par BILLROTH (*Wiener med. Woch.*, *n°s* 3, 5, 7, 1881).

XXX. — Zur operativen Behandlung der Carcinoma des S Romanum (Traitement du cancer de l'S iliaque), par GUSSENBAUER (*Zeits. f. Heilk.*, *Band I*, *p.* 207).

XXXI. — Zur Casuistik der Dünndarms Resektion (Résection de l'intestin grêle), par ALBERT (*Wiener med. Presse*, *n°* 19, 1881).

XXXII. — An analysis of one hundred and forty (140) cases of excision of cancer of the rectum, par KELSEY (*New York med. journal, décembre* 1880).

XXXIII. — Epithelioma of the rectum removed after a new plan without injuring the sphincter ani, recovery, par ROUSE (*The Lancet, vol. II, p.* 540, 1880).

I. — Des considérations anatomiques et des observations rassemblées dans son mémoire, M. Trastour tire les conclusions suivantes, intéressantes surtout au point de vue thérapeutique.

On fera bien de se souvenir de la dilatation, passive et latente, de l'S iliaque, si l'on veut éviter les erreurs de diagnostic, de pronostic et de traitement, vis-à-vis de toute une catégorie de malades qui, toujours debout, toujours vaquant à leurs affaires, sont néanmoins toujours souffrants et toujours inquiets. Ce sont, en général, des adultes et des gens aisés; on ne les rencontre point à l'hôpital.

Ils sont dyspeptiques, gastralgiques, hypochondriaques; ils sont oppressés, essoufflés et transpirent sitôt qu'ils marchent ou font le moindre effort ; ils ont des palpitations et des douleurs précordiales ; des maux de tête, des vertiges, une fatigue extrême dans le travail intellectuel ; enfin, parfois, ils sont tourmentés par des idées noires et déraisonnables.

Si l'encombrement de l'S iliaque est reconnu par les signes physiques, voici, sans tenir compte de selles régulières, journalières et même diarrhéiques, ce qu'il convient de faire :

1° Convaincre le malade, par le témoignage de ses propres sens, de l'existence d'un état anormal et latent du gros intestin, qui peut être la cause déterminante de toutes ses misères, ou du moins y concourir pour une large part. Cet état ne pouvant être soupçonné grave après les explications données, le malade sera rassuré et disposé à obéir aux prescriptions ;

2° Choisir, pour chaque sujet, les moyens évacuants qui conviennent le mieux à son état et à son tempérament.

Cependant, il faut remarquer, que l'inertie des fibres musculaires intestinales exige, en général, des purgatifs salins ou parfois des drastiques. Collés par des mucosités épaisses, au fond des bosselures intestinales, comme dans des loges isolées, les scybales souvent ne sont point ébranlés par les laxatifs et les purgatifs doux ; un canal central s'établit et l'on a l'ennui de produire des selles liquides, sans entraîner les matières durcies dont la matité hypogastrique signale toujours l'immobilité.

En tout cas, quand on est sûr du diagnostic, il faut persévérer, répéter et varier les évacuants jusqu'au complet déblaiement de l'intestin. M. Trastour emploie très souvent le sel de Seignette à la dose de 35 à 40 grammes, un matin à jeun, dans trois tasses de thé, tous les huit ou quinze jours ; les pilules de podophyle, à la dose de 2 à 3 centigrammes avec 5 centigrammes de savon amygdalin, de noix vomique et d'extrait de jusquiame, chaque matin ou chaque soir; les différents thés purgatifs à base de séné ou le séné tout seul, l'eau d'Hunyadi-Janos (un grand verre de table, à jeun, un matin, une fois par semaine), quatre ou six pastilles de soufre, chaque matin avant de manger.

Les lavements de vin, de séné, d'eau savonneuse ou d'eau froide, ou bien les irrigations multipliées d'eau tiède, dans un bain sont quelquefois nécessaires. La glycérine, tant par l'estomac qu'en lavement rend également des services.

3° Quand l'S iliaque est enfin désobstruée, il faut essayer, en rétablissant la tonicité de ses fibres musculaires et l'intégrité des sécrétions digestives, de prévenir un nouvel encombrement. L'auteur prescrit, dans ce but, la noix vomique, la teinture de fève de Saint-Ignace, les gouttes amères de Baumé, quelquefois le seigle ergoté (chaque jour 50 centigrammes). Les malades étant souvent névropathiques, l'hydrothérapie et l'arséniate de soude, combinés avec les moyens précédents semblent souvent utiles.

La poudre de belladone à la dose de 3 centigrammes chaque matin, avec le premier aliment, convient à d'autres malades : Bretonneau, on le sait, préconisait surtout ce remède.

La poudre de valériane (1 gramme aux deux repas, en cachets) réussit également.

Bien entendu, avec la marche et l'exercice on doit conseiller aussi, comme Trousseau la régularité et l'insistance d'effort de défécation.

Les pressions bien dirigées et méthodiquement faites, les frictions sèches bien exécutées sur l'hypogastre, une ceinture abdominale bien appliquée ne sont point inutiles. L'électricité peut aussi rendre des services dans des cas rebelles.

La remarque faite par M. Trastour sur la rareté de la dilatation passive de l'S iliaque dans la population hospitalière indique aussi l'influence considérable du régime. Comme boisson, aux repas, l'auteur conseille souvent l'usage de la bière ou bien l'eau de son avec le vin. L'usage d'un pain grossier, d'un pain de son au besoin, de végétaux et de fruits de saison sera avantageux, c'est ainsi que plusieurs malades se sont bien trouvés de commencer chacun leur repas par une orange.

L. LANDOUZY.

II. — Litten rapporte une observation dans laquelle on admit une ascite qui n'existait pas ; l'autopsie permit d'expliquer les causes de l'erreur.

Il s'agissait d'une malade tuberculeuse dont l'abdomen était distendu d'une façon égale.

La ligne de matité se déplaçait dans les mouvements; le côté gauche devenait sonore, lorsque le corps était incliné à droite et inversement.

A l'ouverture de l'abdomen on trouva très peu de liquide. Dans sa partie inférieure l'intestin grêle présentait des rétrécissements très étroits, entre lesquels existaient cinq dilatations sacciformes distendues par des matières fluides, d'une teinte argileuse. Ces anses intestinales, quoique présentant des lésions tuberculeuses qui avaient amené la formation des rétrécissements, étaient absolument libres, et leur facile déplacement, suivant les diverses positions donnée au sujet, avaient fait croire à l'existence d'une ascite.

Malgré le degré et le nombre de rétrécissements intestinaux, on n'avait observé pendant la vie aucun signe d'obstruction intestinale. Cette anomalie apparente s'explique par la fluidité des selles. La perméabilité de l'intestin n'est nullement proportionnelle au degré du rétrécissement. A l'appui de cette affirmation, l'auteur rapporte deux autres observations de rétrécissements intestinaux d'origine tuberculeuse. M. DEBOVE.

III. — Le sujet de cette observation est un homme d'une cinquantaine d'années qui, en mars 1879, commença à éprouver du tympanisme, et des alternatives de diarrhée et de constipation. Bientôt, la constipation fit de tels progrès, qu'il fallut, pour soulager le malade, lui introduire tous les 8 jours une grande sonde, par laquelle on faisait des injections d'eau tiède; puis tous les quatre jours; les traitements internes étaient absolument inefficaces. Dans ces conditions, l'auteur se décida, sur l'avis de M. Cameron, à tenter la colopuncture. Un trocart muni d'une canule fut introduite dans le côlon transverse, sans chloroformisation préalable; le gaz s'échappa pendant quelques minutes et le ventre s'affaissa notablement; puis des matières liquides commencèrent à s'échapper par la canule. Le Dr Cameron plaça son doigt sur l'orifice de l'instrument, et injecta dans l'intestin une petite quantité d'eau tiède. Cela fait, il retira la canule et obtura avec du collodion la petite plaie abdominale. Or, trois heures après l'opération, le malade eut une garde-robe copieuse, suivie bientôt d'une seconde. Sept heures plus tard, des gaz s'échappaient par l'anus, résultat qui depuis longtemps n'était plus obtenu; le lendemain, toute tympanite avait cessé.

L'anurie disparut par enchantement, et fit place à une polyurie qui eut pour résultat la guérison rapide de l'anasarque.

Cette guérison s'est maintenue depuis le mois d'octobre 1879 jusqu'en septembre 1880, époque où les accidents d'obstruction reparurent. Trois fois la ponction fut nécessaire, amenant toujours une détente marquée. Enfin, il fut possible de constater qu'il s'agissait d'une invagination de l'intestin, perceptible au toucher rectal. L'auteur eut alors l'idée de prendre un morceau d'intestin de mouton, de six pouces de long, et de le conduire au delà du rétrécissement, au moyen d'une sonde : cela fait, il l'insufla brusquement, ce qui réduisit l'invagination et guérit définitivement le malade. H. R.

IV. — Voici les conclusions de ce travail :

1° Les injections sous-cutanées d'opium et les lavements abondants d'eau chaude constituent le meilleur traitement dans la majeure partie des cas d'occlusion intestinale;

2° Les purgatifs sont inutiles, même dangereux, en ce qu'ils exagèrent l'action péristaltique de l'intestin;

3° Lorsque les fonctions de l'estomac sont troublées, la nourriture et les médicaments doivent être administrés en lavement, excepté l'opium qui agit plus promptement et plus efficacement lorsqu'il est donné en injections hypodermiques.

L'auteur termine son travail par quelques mots sur les modes de traitement les mieux connus. J. B. H.

V. — Un homme de 64 ans éprouvait depuis plusieurs mois des troubles intestinaux légers, caractérisés par 3 ou 4 garde-robes par jour, et parfois un peu de sang mêlé aux selles, généralement liquides.

Le 11 septembre il est pris d'une constipation absolue qui ne cède dès lors ni aux purgatifs ni aux lavements. Bientôt tous les signes d'une occlusion intestinale s'accentuent.

A partir du 17 septembre, ayant épuisé tous les moyens ordinaires, on recourt aux injections sous-cutanées de morphine, qui sont faites à la dose de :

3 centigrammes	en 2 fois.....	les 17, 18 et 19	septembre.
4 —	....	les 20, 21, 22, 23	—
6 —	1/2.....	les 24 et 25	—
9 —	1/2.....	les 26 et 27	—
6 —	1/2.....	les 28, 29, et 30	—
6 —	1/2 en 3 fois.....	du 1er au 12	octobre.
9 —	.....	du 12 au 27	—

A partir de ce jour, on diminue progressivement la dose de morphine pour ne cesser toutefois qu'au commencement de décembre.

Le 22 septembre, quelques gaz avaient passé par l'anus. Leur expulsion continue plus ou moins les jours suivants, mais sans rapporter grand soulagement au patient.

Les premières selles furent liquides et sanglantes; elles se montrèrent le 19 octobre. V. CAMPENON.

VI.—Malade sujet à des attaques d'iléus cédant habituellement aux douches ascendantes. Mais une nouvelle attaque nécessite l'entérotomie. Langenbuch reconnaît l'existence d'une tumeur au niveau du jéjunum : il fend cet intestin et en retire la masse qui l'obstruait. Néanmoins, les vomissements continuèrent, et l'opéré succomba au bout de quelques heures.

L'autopsie révéla l'existence d'une seconde tumeur, encore plus volumineuse que la première et située au niveau du pylore.

Virchow pratiqua l'examen de ces coprolithes qu'il trouva formés presque uniquement de substances organiques, et notamment de dyelisine.

VII. — Homme d'âge moyen entré à l'hôpital pour des phénomènes d'iléus qui, après avoir résisté à diverses médications, entraînent la mort le septième jour.

A l'autopsie, on trouve, à 30 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, une énorme concrétion obstruant totalement l'iléon à ce niveau. Dans les matières fluides qui remplissaient les portions sus-jacentes de l'intestin, on voyait aussi un grand nombre de petites concrétions semblables; enfin l'estomac lui-même renfermait une immense quantité de calculs analogues dont le poids total était de 960 grammes.

Toutes ces concrétions sont de forme globuleuse ou cylindrique, irrégulières, rugueuses, brunâtres, assez fermes; quelques-unes atteignent les dimensions d'un œuf d'oie. Avec quelque difficulté, on parvient à en détacher quelques fragments : les surfaces de cassure sont lisses, brillantes et laissent reconnaître par places une structure lamelleuse.

Friedlaender fait d'abord remarquer l'analogie de ce cas avec celui de Langenbuch. Mais tandis que dans celui-ci la nature des concrétions est restée obscure, dans le cas de Friedlaender, guidé par les anamnestiques, on a pu établir que ces calculs étaient composés de gomme laque. En effet, ils sont complètement solubles dans l'alcool et se reprécipitent par addition d'eau; chauffés sur une lampe, ils fondent et brûlent avec une flamme claire; les gouttes résultant de la combustion répandent l'odeur caractéristique de la gomme laque.

Comment expliquer l'introduction dans le tube digestif d'une telle quantité de résine? Le malade était un menuisier adonné depuis longtemps à l'ivrognerie et buvant de l'alcool sous quelque forme que ce fût; c'est ainsi qu'il buvait son vernis, lequel est composé essentiellement d'une solution alcoolique de gomme laque.

Seligsohn, dans la discussion, fait remarquer que l'observation de Friedlaender a d'autant plus d'intérêt qu'elle fournit peut-être l'explication des concrétions d'urostéalithe (*R. S. M.*, IX, 505). J. B.

VIII. — Une femme de quarante-trois ans, enceinte de sept mois, fut prise de symptômes d'obstruction intestinale avec constipation absolue et vomissements répétés. Dès le lendemain, elle faisait une fausse couche. Les purgatifs, les lavements restèrent sans effet. Les opiacés et la belladone amenèrent un soulagement, mais ne rétablirent pas le cours des matières. C'est en vain que le palper fut pratiqué avec soin, on ne put rien découvrir de spécial dans le ventre. Le ballonnement augmentant de plus en plus et l'état devenant absolument menaçant, on résolut de pratiquer un anus contre nature. Il restait à choisir le lieu. Le ballonnement était général, il ne pouvait

être question que de la colotomie, mais fallait-il opérer à droite ou à gauche?

Une ponction fut faite avec l'aspirateur dans le côlon ascendant. On vit sortir des gaz et du liquide. On était donc au-dessus de l'obstacle. La colotomie droite fut pratiquée.

Elle eut un résultat absolument satisfaisant. Non seulement elle mit fin aux accidents présents, mais bientôt on vit les garde-robes reprendre leurs voies naturelles, et sept semaines après l'opération, les fonctions semblaien si bien rétablies que l'on songeait à fermer l'anus contre nature, lorsque la malade mourut subitement.

Pendant ces sept semaines, on avait eu à lutter à plusieurs reprises contre le prolapsus de la muqueuse. Pour la maintenir, on eut recours à un gros tube en gomme fixé à une plaque métallique percée d'un trou de même calibre. Le tube était introduit dans l'intestin, tandis que la plaque reposait sur les téguments.

L'autopsie montrait un cœur gras, à fibres musculaires profondément altérées. Les autres viscères sont sains. La fin du côlon descendant présente un rétrécissement cancéreux. La tumeur, malgré son volume, ne pouvait, vu sa profondeur, être atteinte soit par le toucher rectal, soit par le palper abdominal. V. CAMPENON.

IX. — 1° Homme de quarante-neuf ans; fièvre typhoïde à quatorze ans; gastralgies fréquentes.

Au mois de mai 1875, commencement des douleurs abdominales avec constipation; les selles n'avaient lieu que tous les cinq ou six jours et s'accompagnaient d'évacuations sanguines. De violents chagrins aggravèrent cet état, les purgatifs devinrent nécessaires pour provoquer les selles qui, n'ayant plus lieu que tous les dix ou quinze jours, étaient remplacées dans l'intervalle par l'expulsion de mucosités abondamment mêlées de sang.

Dans les premiers jours d'octobre, C... fit sortir par l'anus, au milieu de violents efforts, une tumeur qui, prise pour des hémorrhoïdes, fut réduite par son médecin. Peu de jours après, elle sortit à nouveau, et, depuis ce moment, C... ne cessa de sentir au voisinage de l'anus une masse qu'il était obligé de faire rentrer après chaque effort de défécation. C'est dans ces conditions qu'il vint à Florence et que Corradi put l'examiner.

On sentait par la palpation dans la fosse iliaque gauche une tumeur résistante inégale, donnant la sensation de matières fécales accumulées; par le toucher on constatait au-dessus du sphincter anal paralysé, une masse grosse comme le poing, de consistance molle, gélatineuse et saignante, dont le doigt ne parvenait pas à reconnaître le vrai point d'implantation. Quelques parcelles de la masse morbide furent détachées pour l'examen microscopique qui fit reconnaître qu'il s'agissait d'un papillome intestinal.

Corradi se résolut à pratiquer l'extirpation de la tumeur avec l'anse galvanique, et, pour être plus sûr de l'hémostase, commença par appliquer une ligature métallique avec le serre-nœud. Le cautère eut ensuite rapidement raison de la tumeur qui fut séparée en quelques instants. Alors seulement l'opérateur s'aperçut qu'il avait enlevé un intestin invaginé au sommet duquel s'était développé un petit papillome.

La ligature étant restée en place, des phénomènes d'étranglement ne tardèrent pas à paraître, hoquet, vomissement, refroidissement, météorisme, pouls abdominal, anurie. Quatorze heures après l'opération, Corradi enlève l'anse, mais à peine a-t-il commencé à desserrer la vis, qu'un jet de liquide citrin, péritonéal, se fit jour; puis vinrent des gaz et des matières intestinales; après cette évacuation, les fonctions urinaires et digestives se rétablirent assez bien. La convalescence fut complète au bout d'un mois, et aujourd'hui encore, C... jouit d'une parfaite santé.

Le boudin enlevé mesurait 8 centimètres; à l'une de ses extrémités se voyait la section régulière des deux cylindres qui le composaient et qui n'of-

fraient entre eux aucune adhérence. L'extrémité opposée à celle sur laquelle était tombée la section est le siège d'une tumeur grosse comme une orange et divisée en deux lobules distincts naissant de deux points différents du contour de la valvule iléo-cæcale. Au microscope, cette tumeur parut composée de nombreuses papilles ramifiées, les plus superficielles se terminant par une extrémité lisse et renflée.

2° Pietro B..., âgé de cinquante ans, souffrit à dix-huit d'une fièvre typhoïde grave; à trente-cinq, il fut atteint d'une hernie avec menaces d'étranglement pendant les premiers jours. Mais depuis il n'en a plus souffert, et sa santé est restée excellente jusqu'en 1876.

Un jour de novembre 1876, ayant mangé une livre de pain, il est pris en descendant une échelle d'une douleur intense à l'hypogastre, douleur continue et s'irradiant dans les flancs. Il rentre chez lui et se couche. Le lendemain matin, il prend et vomit une once d'huile de ricin. Ce ne fut qu'au troisième jour que des purgations répétées amenèrent des selles abondantes, diarrhéiques, lesquelles persistèrent accompagnées de coliques pendant tout l'hiver. Au printemps, B... vint à Florence dans le service de Corradi. Il ne vomissait plus, mais souffrait d'un ténesme rectal incessant. Or, dans les efforts de défécation, il avait pu constater que de l'anus sortait une tumeur molle, de forme conique, ressemblant beaucoup à l'intestin, et son médecin lui ayant persuadé qu'il fallait l'enlever, il venait à l'hôpital pour subir l'opération.

En pressant sur le bas-ventre à gauche, on sent une tumeur grosse comme un œuf, dont le siège est difficile à préciser. L'ouverture anale agrandie par la paralysie du sphincter est très large, on n'y constate ni vaisseaux congestionnés, ni hémorroïdes, mais le toucher permet de reconnaître une masse résistante située assez haut.

En face de ces symptômes, Corradi fit par élimination le diagnostic d'invagination intestinale chronique, et se décida à pratiquer l'insufflation de l'air dans l'intestin. Il ajusta l'appareil de Richardson à une sonde œsophagienne qui fut introduite lentement à 30 centimètres de profondeur dans le rectum, puis on souffla de l'air en telle quantité que le ventre parut tout météorisé et que le malade pensait éclater. La sonde fut enlevée et l'air s'échappa en grande partie; la journée ayant été bonne, l'opération fut recommencée le lendemain et avec un résultat des plus heureux, puisque, la sonde à peine enlevée, le malade courut à la chaise et rendit une grande quantité de matières solides, dures, en forme de longs cylindres. Ce fut la fin de sa maladie. A partir de cette débâcle, C... se rétablit vite, l'appétit reparut, les selles redevinrent régulières, et aujourd'hui, trois ans après l'opération, la santé est encore très bonne.

L'auteur fait suivre ces deux observations de considérations dans lesquelles il s'efforce de tracer un tableau complet de la maladie.

La classification de Corradi est basée sur une circonstance qui doit guider la thérapeutique : occlusion intestinale par invagination, invagination intestinale avec occlusion ou invagination sans occlusion. La seconde forme est la moins connue ; c'est celle que l'auteur étudie surtout.

Douleur variable, plus vive quand il s'agit de l'intestin grêle. Alternatives de constipation et de diarrhée, de scybales et de matières liquides, sanguinolentes. Tumeur appréciable dans l'abdomen, ronde si elle est de petit volume, cylindrique si elle est plus considérable. Possibilité d'en constater un bout par le toucher rectal; à ce propos, Corradi se prononce contre la méthode de Simon. — Issue par l'anus d'une tumeur ayant la forme d'un cône ou d'un cylindre avec direction plus ou moins courbe en raison de la traction du mésentère. — Coloration ictérique du

tégument, due, selon l'auteur, à l'absorption fécale parfaitement semblable à celle que l'on observe chez les aliénés coprophages et skatophages. — Émaciation pouvant atteindre en peu de temps un degré considérable avec tendance à la syncope et subdelirium.

Le diagnostic se tire de l'étiologie, mais surtout du symptôme caractéristique de la tumeur dans la fosse iliaque; on notera que cette tumeur est susceptible de présenter une sorte d'éréthisme qui la rend quelquefois dure et compacte, et que ce résultat n'est pas uniquement dû à l'accumulation des matières fécales.

Enfin il y a un troisième critérium fourni par la thérapeutique. Le seul traitement rationnel est basé sur une action mécanique, et il est indispensable, parce qu'il n'y a pas d'exemple d'invagination réduite spontanément. Les purgatifs, absolument impuissants quand il s'agit d'une invagination descendante, cas infiniment le plus fréquent (593 descend. sur 9 ascend.), peuvent même être dangereux quand ils hâtent le détachement des parties sphacélées, au risque de provoquer une perforation. On devra donc s'en abstenir.

Quant aux moyens mécaniques, ils consistent dans le massage, la suspension du corps les pieds en haut, mais surtout les injections.

Quoi qu'il en soit, l'emploi des moyens mécaniques est formellement contre-indiqué, si l'on suppose le mal arrivé à la période d'ulcération. En cas d'insuccès par tous ces moyens, c'est à la laparotomie qu'il faut recourir; l'auteur termine son mémoire par un plaidoyer en faveur de ce mode d'intervention, dont la défaveur, à son dire, vient surtout de ce qu'on l'emploie dans les périodes ultimes, alors que toute chance de salut est déjà perdue. L. JULLIEN.

X. — Après un repas fait de bon appétit et composé principalement de poisson, un enfant de onze mois, bien portant jusqu'alors, fut pris tout à coup de pâleur, de malaise. Il paraissait souffrir du ventre. Un mélange de rhubarbe et de mercure, administré par un pharmacien, n'amena aucun soulagement et fut suivi de perte de sang par l'anus.

Au moment de l'examen (le temps écoulé depuis le début n'est pas indiqué), l'enfant, plongé dans le collapsus, paraît en proie à de vives douleurs. Les selles sont constituées uniquement de mucus et de sang. Le toucher anal ne révèle rien de particulier. Le palper abdominal fait sentir dans l'hypocondre droit et dans la région lombaire droite une tumeur allongée en forme de saucisse, mesurant environ 6 centimètres. Un lavement d'huile (près d'un litre) est rejeté de suite avec du sang et du mucus. Toutes les 2 heures, 6 centigrammes de poudre d'ipéca mélangé.

Le lendemain, 13 août 1879, après une nuit agitée, bien que les vomissements soient moins fréquents et l'écoulement de sang par l'anus moins abondant, l'état reste des plus graves. Insufflation de l'intestin à l'aide d'un soufflet; aucun résultat. Nouvelle insufflation 6 heures plus tard; cette fois, la canule revient souillée de matières fécales. On continue la poudre d'ipéca.

14 août. Nuit bonne; cessation des symptômes généraux; disparition de la tumeur abdominale. Pas de garde-robe.

Le 16, guérison complète; selle normale abondante.

XI. — Le 11 mai 1879, un sourd-muet, âgé de dix-sept ans, était pris tout à coup de douleur vive dans la fosse iliaque droite avec diarrhée et vomissements. Quelques heures plus tard, la diarrhée cessait, grâce à un traitement approprié, mais la douleur et les vomissements persistèrent.

Le 12, les vomissements deviennent fécaloïdes. On administre sans résultat un grand lavement à l'eau de savon.

Le 14, en présence des vomissements fécaloïdes, du rejet de tous les ingesta, de l'inutilité des lavements, on propose une opération, qui est refusée.

Du 21 mai au 3 juin, le malade rejetant tout ce qu'il prend, sauf de temps à autre quelques gorgées de champagne, on a recours aux lavements alimentaires.

Le 13 juin, le malade rend par l'anus du sang et quelque chose qui ressemble à un fragment d'intestin. L'état général n'en reste pas moins profondément mauvais. On prescrit 30 centigrammes de poudre de Dover à prendre toutes les 4 heures.

Le 19 juin, nouvelle selle sanglante, et nouveaux débris d'aspect intestinal.

A partir du 24, l'intestin fonctionne régulièrement, mais pendant une huitaine de jours encore, les garde-robes renfermèrent du pus et du sang.

L'examen microscopique des déjections alvines, pratiqué par le professeur Curnow, ne fit reconnaître que du pus et du sang. Ce qu'on avait pris pour un lambeau d'intestin n'était autre que des caillots sanguins. Curnow se demande s'il n'y aurait pas eu hémorragie intestinale et obstruction par coagulation du sang. V. CAMPENON.

XII. — L..., âgé de trente-deux ans, est pris le 11 juillet de violentes coliques, d'inappétence et ne va à la selle qu'avec des lavements; le 8 avril, il est en proie à des phénomènes graves, hoquets, vomissements incessants, constipation depuis deux jours, sueurs froides. — Le ventre est plat et du côté gauche, on sent une tumeur douloureuse ovoïde, longue de 15 centimètres sur 8 de large. — Des lavements et une bouteille d'eau de Sedlitz amènent des selles dont l'une est sanguinolente (11 août). Le 13 août, vomissements, selles sanguinolentes; la tumeur a diminué, est moins sensible. — Le 14, le malade est très abattu. Ventre fortement ballonné, très douloureux. Pouls petit, hoquet, vomissements. — Le 16, état satisfaisant; selle abondante avec caillots sanglants; le ventre n'est ni douloureux, ni tendu; empâtement de tout l'hypocondre gauche.

Le 18, le malade rend une portion d'intestin gangrené, longue de 40 centimètres; l'état général est bon; pas de sang dans les selles; pas de tumeur abdominale; appétit.

Au bout de quelques semaines, le malade peut reprendre son travail.

Le fragment de l'intestin sphacélé est d'une coloration gris noir sale, tubulé sur une longueur de 15 centimètres; dans les parties les mieux conservées, on peut reconnaître au microscope des fibres musculaires lisses, des capillaires, et surtout des débris de cellules épithéliales.

Il s'agit donc d'une gangrène intestinale, siégeant sans doute dans le côlon transverse et le côlon descendant.

Depuis trois ans que le malade a présenté ces accidents, il n'éprouve pas de phénomènes d'obstruction intestinale. H. L.

XIII. — Un jeune garçon de 14 ans avait été pris, à la suite d'une course fatigante, d'une douleur abdominale très vive, suivie de vomissements et de constipation. Entré à l'hôpital, dans le service de M. Bergeron, quatre jours après le début des accidents, il présentait un facies un peu grippé et des vomissements dont la coloration et l'odeur rappelaient celles des matières fécales. Il n'y avait pas de fièvre. Le ventre était ballonné, présentant des bosselures transversales et mobiles formées par la saillie des anses intestinales à travers la paroi, plus accusées sur la gauche de la ligne médiane. Malgré l'état général, qui était relativement satisfaisant, il était évident qu'on avait affaire à un étranglement interne ou tout au moins à une obstruction intestinale. En conséquence, on prescrivit de l'huile de ricin et un lavement purgatif.

A la suite du lavement le malade rendit une assez grande quantité de

matières fécales et de gaz; puis il éprouva une véritable rémission dans les symptômes. La face n'était plus grippée, les vomissements et les nausées avaient disparu, mais les bosselures persistaient. Aussi prescrivit-on de nombreux lavements et l'huile de croton à l'intérieur. Mais cette fois la médication resta sans effet. Dès la nuit suivante, les vomissements se montraient de nouveau pour ne plus cesser. Le ballonnement alla en augmentant de plus en plus, et la mort survint dans le collapsus le 9e jour de la maladie.

A l'autopsie on trouva quelques traces de péritonite légère, marquée surtout à gauche. Quelques anses intestinales adhéraient entre elles, mais une faible traction suffisait pour détruire ces adhérences. En soulevant la paroi abdominale du côté gauche, on sentait une résistance causée par une bride très dure partant de cette paroi pour se rendre à la manière d'une corde entre deux anses intestinales qu'il fallait écarter pour la suivre. Cette bride mesurait 15 centimètres dans sa totalité. Attachée d'une part à la paroi de l'abdomen, à gauche de la ligne ombilicale, elle paraissait n'être qu'un prolongement du péritoine pariétal allant gagner la mésentère d'une anse d'intestin grêle, sur lequel elle prenait son second point d'insertion. Elle serrait dans un véritable nœud l'anse intestinale dont elle faisait une fois le tour. Celle-ci faisait partie de la première portion du tiers inférieur de l'intestin grêle et était remplie de matières fécales et de gaz qui la distendaient.

GASTON DECAISNE.

XIV. — Bœckel a eu l'occasion de pratiquer deux fois avec succès la laparotomie pour des étranglements internes.

1° Chez un homme de 37 ans, guéri de péritonite généralisée, on voit survenir tous les symptômes d'un étranglement interne. Tout traitement médical reste sans résultat. La laparotomie est pratiquée le 6e jour. On trouve une bride de 10 centimètres partant du grand épiploon pour se perdre sur le mésentère. La bride est sectionnée entre deux ligatures de catgut. Le 7e jour seulement apparition des selles. Guérison complète;

2° Jeune femme de 28 ans, prise de constipation au 3e jour après l'accouchement d'un 6e enfant. Tous les moyens médicaux échouent. La laparotomie est pratiquée au 15e jour, la malade ayant refusé jusque-là toute intervention chirurgicale. On trouve une bride de 7 centimètres allant du côlon ascendant sur l'angle gauche de l'utérus, au-dessus du ligament de la trompe et comprimant une anse intestinale tordue sur elle-même. La bride est coupée, l'intestin détordu. Un quart d'heure après l'opération, 1re selle suivie de plusieurs autres les jours suivants. Pour faciliter l'écoulement du liquide péritonéal, Bœckel laisse un tube à drainage. La malade guérit parfaitement.

A. C.

XV. — Un homme de 56 ans s'introduisit peu à peu une bouteille dans le rectum, si bien qu'elle y pénétra tout entière. Mais lorsqu'il voulut la retirer, cela lui fut impossible.

Le toucher rectal permettait d'atteindre le fond de la bouteille, qui ne put être déplacée ni avec les mains ni avec les différents instruments employés en pareil cas. On pouvait sentir le goulot dans le côté gauche de l'abdomen, près des fausses côtes.

M. Spanton fit en arrière une incision entre le coccyx et la tubérosité de l'ischion. Malgré cela, toutes les tentatives d'extraction demeurèrent encore infructueuses. Le malade était très épuisé; il souffrait beaucoup et vomissait abondamment. Sa situation s'étant aggravée beaucoup pendant la nuit, le chirurgien se décida à tenter une opération plus radicale. Après avoir incisé la paroi abdominale dans la ligne semilunaire gauche, il saisit la bouteille à travers l'intestin et essaya de la refouler en bas. N'ayant pas réussi dans cette

manœuvre, il ouvrit le côlon descendant et enleva facilement le corps étranger. Les plaies furent réunies par des sutures de catgut.

Les choses parurent d'abord devoir se bien passer; mais, au bout de quelques heures, de violentes douleurs se déclarèrent. La mort survint le lendemain matin.

A l'autopsie, on trouva la plaie de l'intestin déjà réunie. La cavité péritonéale ne renfermait pas la moindre trace de matières fécales. Il y avait quelques adhérences très minces et de récente formation. A la partie inférieure du rectum se trouvaient quelques taches ecchymotiques, mais il n'y avait de déchirures nulle part. La bouteille avait 11 pouces de longueur et 2 pouces 1/2 de diamètre au niveau du fond. Ce diamètre diminuait progressivement jusqu'au goulot.

Suivant l'auteur, les lésions observées ne sauraient suffire à expliquer la mort, qu'il attribue surtout à l'action prolongée des anesthésiques, bien plutôt qu'à l'opération elle-même. G. DECAISNE.

XVI. — B..., âgé de 58 ans, s'est introduit, le 13 avril à 8 heures du soir, dans le rectum, un morceau de bois. Le 15 avril, on sent à la hauteur de l'ombilic un corps dur, large de 3 centimètres environ. Par le toucher rectal, on constate un élargissement de l'anus et de l'ampoule rectale et à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'orifice un corps dur arrondi, peu mobile, recouvert par la muqueuse. Les tentatives pour retirer le morceau de bois par le rectum restent infructueuses. — Le 17, l'état du malade restant très bon, on pratique sur le côté droit de l'abdomen une incision oblique de 10 centimètres, puis sur l'S iliaque une incision de 5 centimètres par où on retire le morceau de bois. On place 6 points de suture avec du catgut sur l'intestin, un point de suture sur le péritoine pariétal, puis on referme la plaie cutanée. L'opération avait été faite dans l'atmosphère phéniquée. Le 30 avril la guérison est complète. H. L.

XVII. — Homme de 38 ans, pâle et amaigri, se plaignant d'une constipation et d'une distension chronique de l'abdomen, avec vomissements bilieux de temps en temps. Les défécations n'avaient lieu que tous les trois ou quatre jours : les garde-robes étaient aqueuses et légèrement teintées de sang. Le toucher rectal n'indiquait aucune tumeur. Une première fois, les accidents d'obstruction intestinale cédèrent à des purgatifs et à des lavements de savon : mais plus tard ces remèdes échouèrent, et l'auteur, pensant avoir affaire à un cas d'atonie musculaire de l'intestin, prescrivit de la teinture de noix vomique. Y eut-il accumulation du médicament, par suite de la persistance de la constipation? Le fait est probable, car deux mois après le début de ce traitement, le malade fut pris de convulsions tétaniques et mourut. L'autopsie montra, au niveau de l'S iliaque, une portion tellement rétrécie du canal intestinal, qu'elle donnait tout juste passage à une petite sonde. Les tissus environnants, aussi bien que les parois de l'intestin, étaient sains, non enflammés ni même épaissis. L'auteur conclut qu'il s'agissait là d'un rétrécissement congénital de l'intestin. H. R.

XVIII. — Homme de 58 ans. A la suite d'attaques dysentériformes, constipation; les matières prismatiques effilées à leurs deux extrémités. Pendant 3 mois, la fosse iliaque gauche devient le siège d'une tumeur pénétrant profondément dans le bassin, mais dont la nature purement fécale est manifeste à la suite d'une débâcle. Diagnostic : Rétrécissement dû à une ancienne péritonite et siégeant à la partie inférieure de la courbure sigmoïde.

Impossible de franchir le rétrécissement soit avec des bougies, soit avec des injections rectales; impossible aussi de l'atteindre avec la main introduite dans l'intestin.

Laparatomie pratiquée par Langenbeck dans la fosse iliaque gauche; incision de 9 centimètres parallèle au carré lombaire. Impossible de trouver le gros intestin. Anus artificiel établi sur une anse grêle.

L'opéré se rétablit sans incident, mais le météorisme du gros intestin devenait tout à fait phénoménal, dès qu'on obturait l'anus artificiel. Le malade avait des coliques incessantes. Lorsque la replétion du gros intestin avait atteint ses dernières limites, la valvule iléo-cæcale cédait sous la pression de matières accumulées au-dessous d'elle, et un flot stercoral se faisait jour à travers l'anus artificiel. Le patient se trouvait ainsi soulagé pour un temps.

Au bout de 9 mois l'opéré succombait dans le marasme.

A l'autopsie, l'intestin rétréci est l'S iliaque qui se trouve occuper la fosse iliaque droite. Arrivé à mi-longueur de son trajet, le côlon descendant se porte vers la droite puis s'infléchit et se tord sur lui-même, de façon à décrire une courbure en tire-bouchon jusqu'au moment où il plonge dans le bassin. Cette flexion avec torsion de l'S iliaque est située à 17 centimètres au-dessus de l'orifice anal; à ce niveau, le calibre de l'intestin est si étroit sur une longueur de 4 centimètres qu'il admet à peine l'extrémité de l'index. Dans toute l'étendue du rétrécissement, les tuniques intestinales sont transformées en tissu cicatriciel, dense et ardoisé, sans aucune lésion spéciale. Immédiatement au-dessus se voit une dilatation sacciforme avec ulcérations et brides de la muqueuse. Plus haut, comme au-dessous du rétrécissement, l'intestin est parfaitement sain.

A un mètre et quart en aval de l'anus artificiel se trouve une petite anse intestinale soudée intimement à la portion extrême de la flexion morbide de l'S iliaque. Enfin le grand épiploon envoie à l'ombilic une bride de la grosseur du doigt. J. B.

XIX. — Une femme de trente-neuf ans portait depuis cinq ans une hernie crurale, qui était maintenue partiellement par un bandage, mais jamais complètement réduite. Le 15 avril à dix heures du soir, commencent des douleurs abdominales, suivies de vomissements alimentaires. — Le 16, on pratique deux tentatives de taxis. Le 18, le malade se présente avec une tumeur siégeant à droite au-dessus de l'arcade de Fallope, grosse comme une orange, douloureuse, l'abdomen fortement distendu et sensible à la pression; le pouls plein, la température normale.

La kélotomie est alors pratiquée sous la pulvérisation phéniquée; une masse épaisse d'épiploon cachait l'intestin; une anse complète était sortie, étranglée par un anneau étroit, sur lequel on pratique plusieurs débridements : en tirant sur l'intestin on voit jaillir du liquide intestinal par une petite perforation arrondie, siégeant à l'opposé du mésentère, le tissu paraît sain autour de l'orifice; un fil de catgut est passé autour de la paroi intestinale la soulève au niveau de l'orifice, et l'orifice est obturé, en adossant la muqueuse à elle-même. Puis on réduit l'anse, et on applique le pansement de Lister. Le malade guérit sans complication. H. L.

XX. — Femme de soixante-neuf ans, opérée de kélotomie pour une hernie crurale. La masse épiploïque était considérable et cachait une anse intestinale qu'on trouva perforée sur une largeur de 3 à 4 millimètres. Le point perforé, qui était entouré d'un tissu d'apparence absolument normale, fut saisi entre les mors d'une pince et soulevé, puis enserré circulairement par un fil de catgut assez fin qui adosse ainsi la muqueuse à elle-même. Guérison. A. C.

XXI. — Depuis le précédent congrès, Hagedorn a pratiqué deux fois cette opération avec succès; 1° femme de cinquante-huit ans; ablation d'une anse intestinale longue de 16 centimètres; section du mésentère après une double ligature préalable; suture de l'intestin. Il n'y eut pas réunion par première intention; 4e et 5e jour issue de matières par la plaie, sous l'influence de bains continus; la plaie se referma dans l'espace de 3 semaines, ne laissant qu'une petite fistule. Des phénomènes simultanés de rétrécissement disparurent après l'ouverture spontanée au dehors d'un abcès stercoral. Guérison parfaite.

2° Etranglement datant de 9 jours. L'opération se compliqua du retrait du

bout inférieur de l'intestin; il fallut agrandir l'incision pour l'extraire de la cavité abdominale où il avait glissé. — Résection et entérorrhaphie. Formation d'une fistule qui, malgré une suppuration profuse, se referme plus vite que dans le premier cas.

Pour éviter le relâchement des sutures, *E. Kuester* conseille, avant de faire la suture de Lembert, d'invaginer le bout supérieur de l'intestin dans l'inférieur.

XXII. — 1° Hernie crurale étranglée; résection, guérison. Femme de quarante-trois ans. Au 3e jour de l'étranglement, kélotomie avec résection de la portion gangrénée longue de 10 centimètres sur le bord convexe et de 5 1/2 sur le bord concave; les deux bouts de l'intestin sont réunis par 24 sutures, avec la soie, disposée en deux rangées; l'excision cunéiforme du mésentère est également fermée par 6 points. Après lavage soigneux avec de l'eau phéniquée à 5 0/0, l'intestin est réduit, le collet du sac est réséqué après ligature de soie phéniquée et la plaie cutanée est refermée sauf au niveau du drain. Pansement de Lister. Apyrésie continue après l'opération.

Deux ans et deux mois plus tard, Czerny a revu cette opérée. L'impulsion herniaire provoquée par la toux n'a pas augmenté depuis un an que la malade porte un bandage.

2° Résection intestinale pour une hernie inguinale interstitielle à sac herniaire double.

Mort dans le collapsus. — Femme de quarante-neuf ans. Avant la kélotomie, 4e jour de l'étranglement, le pouls est déjà insensible, les extrémités froides, le facies hippocratique et la sensibilité du ventre très grande; il existe évidemment de la péritonite et le collapsus est très accentué. Résection de la portion gangrénée longue de 5 à 6 centimètres. Au moment où l'on va appliquer le second rang de sutures, alors que l'opération durait depuis une demi-heure, la patiente est prise d'abondants vomissements fécaloïdes et de cyanose. Trachéotomie pendant laquelle de nouvelles matières intestinales pénètrent encore dans les voies respiratoires et mort malgré tous les efforts. Autopsie, cœur et foie graisseux. Ce fait ne prouve évidemment rien ni pour ni contre la résection intestinale.

3° Double résection intestinale pour cancer du gros intestin. Guérison. — Femme de quarante-sept ans, épuisée par la diarrhée et les efforts de vomissements, tumeur du côté gauche du ventre diagnostiquée cancer siégeant à l'union du côlon descendant et de la courbure iliaque. Laparotomie qui montre que la tumeur, quoi qu'adhérente à la courbure iliaque, provient du côlon transverse abaissé. Obligé ainsi de pratiquer une double résection, Czerny se décida aussi à pratiquer deux enterorrhaphies distinctes, l'une pour l'arc du côlon, l'autre pour l'S iliaque, parce que le côlon descendant n'était pas visible. L'issue des matières intestinales fut empêchée par 4 ligatures élastiques provisoires. Les fils en caoutchouc de la grosseur de plumes de corbeau traversaient le mésentère au niveau de ses attaches intestinales; ils étaient noués lâchement.

Czerny excisa d'abord un tronçon de 7 centimètres de la courbure iliaque, et après avoir nettoyé les deux bouts à l'eau phéniquée, il les réunit au moyen de 32 ligatures de soie, perdues et disposées en deux séries. Puis il procéda de même à l'égard du côlon transverse qui reçut 26 ligatures. Enfin il réséqua le méso-côlon tranverse et enleva la tumeur, ce qui exigea encore une douzaine de ligatures.

Pendant l'opération même, Czerny nota deux circonstances propres à l'inquiéter. L'un des fils de caoutchouc, trop serré, avait déterminé un gonflement et un sillon bleuâtre de constriction sur l'intestin sain. D'autre part, il existait un peu d'hypertrophie des ganglions mésentériques.

Après avoir de nouveau soigneusement nettoyé la cavité abdominale, le professeur de Heidelberg y plaça un drain et ferma la plaie opératoire à l'aide de 12 fils de soie superposés : les 4 fils profonds comprenaient le péritoine et les faisceaux rétractés du muscle oblique interne ; les 8 superficiels réunissaient l'incision de la peau et de l'oblique externe. Pansement de Lister.

Les suites de cette grave opération, qui dura 2 heures et demie, furent très simples.

Du 8e au 26e jour, il y eut issue par la plaie de matières fécales, ce qui obligea d'enlever les sutures et le pansement antiseptique, et à renouveler les pansements plusieurs fois par jour. A partir du 13e jour, il y eut cependant une garde-robe quotidienne spontanée par le rectum. Le 43e jour, l'opérée commençait à se lever.

Mais au bout de 4 mois, bien que la plaie fût complètement guérie et l'état général bon, on constatait un commencement de récidive.

La portion réséquée du côlon transverse était longue de 11 centimètres et demi. L'examen microscopique fit reconnaître un adéno-carcinome en voie de ramollissement.

Le fait de Czerny est, avec celui de Reybard, le seul où la résection d'un intestin cancéreux n'ait pas été suivi de mort plus ou moins immédiate.

Czerny s'efforce d'ailleurs de justifier son opération. Il n'y avait, chez sa malade, aucune indication à établir un anus artificiel puisqu'elle avait une diarrhée profuse. La première fois qu'il lui conseilla de se faire opérer, le cancer n'avait pas encore envahi l'S iliaque. 6 mois se sont écoulés depuis lors, et malgré la récidive en train de se faire, la femme ne se trouve pas dans un état pire qu'avant l'opération où elle était menacée d'une mort prochaine.

En terminant, Czerny décrit en détails la suture sur double rang qu'il a substituée à celle de Lembert, insuffisante selon lui, vu la nécessité d'affronter exactement les bords de la muqueuse. C'est dans ce but qu'il place sa première rangée de sutures distantes entre elles de 3 à 4 millimètres. Puis immédiatement au-dessus et se confondant même en partie avec la précédente, il pratique la suture classique de Lembert pour adosser plus largement les séreuses. Le meilleur fil pour ces sutures est, d'après Czerny, la soie bouillie dans une solution phéniquée à 5 0/0.

— Dans un article ultérieur, Czerny annonce que son opérée cancéreuse a succombé à une bronchopneumonie six mois et 11 jours après la double résection. A l'autopsie, on constate un envahissement cancéreux du grand épiploon, du foie et d'une anse grêle et des ganglions mésentériques et rétropéritonéaux. Les fils de ligature et de suture n'ont pu être retenus ; le côlon transverse communiquait directement avec le rectum, grâce à un abouchement commun dans une cavité limitée par les muscles et les ganglions mésentériques agglomérés; dans la même excavation aboutissait une portion vide de gros intestin longue de 15 centimètres et correspondant à la partie comprise entre les sutures qui avait été détruite par le néoplasme.

XXIII. — Femme de trente-deux ans; tumeur fluctuante, remplissant tout l'abdomen et diagnostiquée kyste de l'ovaire. Laparatomie. Extirpation d'une tumeur pesant 35 livres, longue de 38 centimètres et épaisse de 14, et ayant la forme d'un double bouton de chemise. En rompant les adhérences de son pédicule, l'intestin grêle fut déchiré irrégulièrement sur une longueur

de 4 centimètres. On applique des ligatures provisoires au-dessus et au-dessous de la déchirure pour la portion adhérente. La tumeur fut réséquée sur une longueur de 8 centimètres. L'anse blessée fut extraite et suturée au catgut par la méthode de Jobert et Ramdohr (5 points unissant toutes les tuniques et quelques fils accessoires n'unissant que les séreuses) et replacée dans la cavité abdominale. L'incision du péritoine fut fermée par 8 sutures perdues au catgut et celle des parties susjacentes par 16 fils de soie. Pansement compressif phéniqué.

L'opération avait réclamé 2 heures. Pendant les 13 premiers jours la température ne s'éleva jamais au-dessus de 37°,5. Le seul incident digne d'être signalé fut l'intolérance assez prolongée de l'intestin à l'égard des aliments solides. Ceux-ci déterminaient chaque fois des coliques, de la fièvre et des vomissements, tenant sans doute à un certain degré de rétrécissement causé par l'entérorrhaphie et la résection du tronçon intestinal. Ces phénomènes cédaient d'ailleurs rapidement à un bandage compressif et à des injections sous-cutanées de morphine. Trois mois après l'opération, il subsistait toujours une tendance à la constipation. On trouvera dans l'origine d'intéressants détails sur la constitution de cette rare tumeur. J. B.

XXIV. — Jeune fille de vingt-deux ans qui, depuis deux ou trois ans, souffrait de coliques, et, en 1880, avait été prise deux ou trois fois de tous les symptômes caractérisant l'étranglement interne. Par l'observation attentive de tous les phénomènes morbides, Kœberlé arriva à établir la présence d'un ou plusieurs obstacles probablement cicatriciels siégeant sur l'intestin grêle, et proposa hardiment la laparotomie pour arriver à s'en rendre compte et à les supprimer, si possible.

Par une incision de 9 centimètres pratiquée sur la ligne blanche, on attira plusieurs anses intestinales alternativement distendues et flasques, et l'on se trouva en face de trois rétrécissements espacés sur une longueur de deux mètres.

L'intestin fut coupé entre ligatures à ses deux points extrêmes, puis perforé dans sa partie la plus déclive et vidé des matières fécales qu'il contenait. Cela permit de rassembler le mésentère en douze segments sur lesquels furent passées douze ligatures très fortes en fil de soie. La section put alors être opérée tout le long de l'intestin sans hémorragie notable.

Restait à réunir les deux orifices intestinaux. Le chirurgien ne crut pas prudent d'en faire l'abouchement, puis la suture bout à bout. Il se borna à les accoler et à les attirer jusqu'au niveau de la plaie abdominale, en attendant, pour enlever les ligatures, que des adhérences se fussent produites entre les tuniques et ses bords. Ce résultat paraissant obtenu le troisième jour, l'éperon produit par l'adossement des parois fut saisi entre les mors d'une pince hémostatique, après introduction dans chaque bout d'un tube de caoutchouc destiné à amortir et à rendre plus intime la constriction. Les pinces furent enlevées quatre jours après leur application ; le douzième jour, la partie mortifiée se détacha ; mais une seconde application parut nécessaire. Dans l'intervalle du douzième au quinzième jour, toutes les ligatures de l'épiploon avec les tissus mortifiés se détachèrent, et la plaie fut réduite à un infundibulum qui se resserra de plus en plus. L'opération avait été faite le 27 novembre, la malade se leva le 25 décembre, n'ayant plus qu'une petite fistule qui ne tarda pas à se cicatriser complètement.

La pièce fut examinée par le professeur Recklinghausen. Elle mesurait $2^m,5$ et portait quatre rétrécissements consécutifs à l'inflammation et à la suppuration des plaques de Peyer; on n'avait pourtant jamais noté de fièvre pendant le travail inflammatoire de l'intestin, ce qui avait rendu le diagnostic précis des causes de l'étranglement et des coliques tout à fait impossible.

De cette observation, Kœberlé tire les conclusions suivantes :

1° La résection de l'intestin grêle peut être faite dans une étendue considérable, sans troubler les fonctions digestives d'une manière appréciable ;

2° La résection de l'intestin peut être considérée comme une opération parfaitement admissible ;

3° La résection peut avoir lieu : 1° soit en opérant directement la suture des deux bouts de l'intestin et en faisant la réunion immédiate de la plaie abdominale; 2° soit en établissant un anus contre nature avec entérotomie consécutive; 3° soit en faisant une suture incomplète de l'intestin combinée avec un anus artificiel. Le deuxième et le troisième procédé exposent à moins de dangers consécutifs;

4° La résection des rétrécissements fibreux cicatriciels qui sont probablement plus fréquents qu'on ne le suppose, est à même de donner lieu à une guérison radicale. Il en est de même de la résection des épithéliomas.

Au contraire, les résections appliquées aux obstructions cancéreuses ne permettent d'obtenir qu'un amendement temporaire plus ou moins précaire de l'affection cancéreuse, de sa métastase et de la dégénérescence progressive des glandes lymphatiques ;

5° En maintenant l'intestin fermé après l'opération, l'opéré peut être maintenu à l'abri de l'écoulement des matières intestinales pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que les adhérences soient devenues suffisamment solides; d'autre part, le ventre ne se vide pas trop complètement après l'opération. Cette circonstance préserve l'opéré d'accidents consécutifs, tels que l'introduction de l'air ou de liquides septiques dans la cavité péritonéale. En nourrissant l'opéré avec des aliments aussi peu liquides que possible, l'écoulement des matières alimentaires par l'orifice de l'intestin est réduit à son minimum, et l'opéré s'affaiblit moins;

6° En introduisant les liquides directement par le gros intestin, en administrant la boisson par le rectum, l'eau est absorbée ainsi qu'à l'état normal, et les opérés ne souffrent nullement de la soif, l'écoulement des liquides digestifs par l'intestin est moins considérable et donne moins d'ennuis au malade. L. JULLIEN.

XXV. — Les premiers cas de résection de l'intestin pour des hernies gangrenées ont été publiés par Kocher; il en a trois pour sa part dont deux guérisons et une mort (1878).

En 1879, Billroth et Wölfler firent chacun la résection; leurs deux malades moururent.

Nicoladoni, par contre, eut une guérison.

Küster opéra trois fois et eut à déplorer trois morts.

En 1880, les résultats sont devenus meilleurs; l'on trouve deux cas heureux de Hagedorn, un cas de guérison de Ludwick, un cas de guérison de Czerny et un cas de mort du même chirurgien.

En 1881, Wittelshoffer fit deux fois la résection de l'intestin; mais ses deux malades moururent.

En somme, seize observations de résection de l'intestin ont donné jusqu'ici 44 0/0 de guérison, quand elle a été appliquée aux hernies frappées de gangrène. Certainement ce ne sont pas encore là de brillants résultats; mais il est à espérer que, grâce aux perfectionnements des

de 4 centimètres. On applique des ligatures provisoires au-dessus sous de la déchirure pour la portion adhérente. La tumeur fut une longueur de 8 centimètres. L'anse blessée fut extraite catgut par la méthode de Jobert et Ramdohr (5 points unis niques et quelques fils accessoires n'unissant que les sér dans la cavité abdominale. L'incision du péritoine fut f perdues au catgut et celle des parties susjacentes par ment compressif phéniqué.

L'opération avait réclamé 2 heures. Pendant les pérature ne s'éleva jamais au-dessus de 37°,5. I signalé fut l'intolérance assez prolongée de l'ir solides. Ceux-ci déterminaient chaque fois d vomissements, tenant sans doute à un certai par l'entérorrhaphie et la résection du tr cédaient d'ailleurs rapidement à un band sous-cutanées de morphine. Trois moi jours une tendance à la constipation. sants détails sur la constitution de c

XXIV. — Jeune fille de vingt-d souffrait de coliques, et, en 1880, les symptômes caractérisant l'ét tive de tous les phénomènes r d'un ou plusieurs obstacles grêle, et proposa hardim compte et à les supprime

Par une incision de 9 plusieurs anses intesti trouva en face de tr mètres.

L'intestin fut c foré dans sa pa nait. Cela perr furent passé être opérée

Restait prudent les acc dant, entr jo

Czerny place une première série de sutures profondes, d'après le procédé de Lembert; puis une seconde plus superficielle, de façon à ce que l'intestin soit réuni par une double couronne de points. En général, il faut rejeter les procédés par invagination.

Une fois les sutures terminées, il faut enlever les deux ligatures temporaires; puis l'on rentre l'anse suturée dans l'abdomen, après l'avoir bien lavée avec de l'eau phéniquée forte.

Si l'on tient à faire la cure radicale, on la pratique à la fin de l'opération; sinon on fait comme d'habitude.

Le traitement consécutif consistera à nourrir le malade d'une façon très circonspecte, surtout à l'aide de lavements nutritifs; on lui donnera de la glace à l'intérieur; à partir du troisième jour, un peu de vin, de lait, de bouillon. L'opium sera administré les premiers jours pour immobiliser autant que possible l'intestin.

ré termine par l'histoire de son cas ; le voici en quelques mots :

e de cinquante-deux ans affectée depuis dix ans d'une hernie cru-
e comme une noix, étranglée depuis trente heures, douloureuse à
tendue et sonore. La taxis au chloroforme ne réussissant pas,
lotomie; on trouve une gangrène de l'intestin qu'on résèque
ur de 12 centimètres. On suture ensuite d'après le procédé de
et l'on termine par l'opération radicale (extirpation du sac
u herniaire). Le tout a duré deux heures. La malade sort
ur de deux mois dans le service. On la munit d'un ban-

E. SCHWARTZ.

é de 30 ans, ayant depuis sa première enfance une
auche qui n'a jamais été contenue par un bandage
réductible. Cette hernie s'étrangle après des ef-
48 heures, la kélotomie est pratiquée. Il s'agit
e au collet du sac. L'intestin étant gangréné,

malade demandant à être délivré de son
hie. Après avoir isolé de leurs adhéren-
attire au dehors et place sur chacun
ité libre, une pince à polype dont les
ube de caoutchouc et les mors maintenus,
de l'intestin sans en gêner la circulation. Le
ueuse excisé, le professeur de Leipzig enlève encore
centimètres du bout supérieur et une de 4 centimètres
ur le bout inférieur, à cause de leur soudure cicatricielle à
oi abdominale. Résection cunéiforme du mésentère suturée au cat-
out. Entérorrhaphie avec des fils de soie disposés sur deux rangs, suivant le procédé de Czerny et de Kocher. Les pinces sont alors enlevées. Afin de pouvoir réduire sans aucune violence l'intestin (qui est de nouveau désinfecté), on agrandit par en haut l'incision des parties molles. Puis Thiersch suture au catgut l'orifice herniaire et la plaie péritonéo-musculaire sans y laisser de drain et referme la peau avec des fils de soie, en plaçant à chaque extrémité de l'incision tégumentaire un petit tube à drainage. Pansement antiseptique.

Les suites de cette opération furent des plus simples; jamais il n'y eut la moindre fièvre. Dès la veille de l'entérorrhaphie et durant les 6 jours qui suivirent, le patient fut soumis à un jeûne absolu. Quand le malade quitta l'hôpital muni d'un bandage, on sentait distinctement l'impulsion des viscères contre la cicatrice, au moment des quintes de toux.

XXVII. — Femme de 48 ans; sa hernie fémorale ne s'est produite qu'il y a 10 semaines. Impossibilité de la réduire, herniotomie le 4e jour; anus artificiel vu l'état de l'intestin. Nous ne reproduirons pas la description de l'opération de Baum, nous contentant de dire que la suture de l'intestin fut exécutée selon le procédé indiqué par Czerny. Il n'y eut ni douleurs ni fièvres consécutives, mais, 10 jours après l'opération, la patiente fut brusquement prise d'une parotidite gauche qui se termina par suppuration et gangrène. Cela n'empêcha pas d'ailleurs la femme de sortir complètement guérie au bout de 6 semaines.

XXVIII. — Dans les observations précédentes, la résection partielle de l'intestin et l'entérorrhaphie ont été pratiquées soit pour des hernies étranglées avec gangrène intestinale, soit par des anus artificiels consécutifs à des kélotomies, soit enfin pour extirper des tumeurs. Le cas de Julliard est tout différent. Il s'agit en effet d'une fistule pyo-stercorale

consécutive à l'incision d'un abcès de la fosse iliaque gauche et d'une suture de l'orifice intestinal, sans résection.

La malade est âgée de 35 ans; elle a sa fistule depuis 7 ans et demi, mais il n'y a que 2 mois que des matières fécales et des gaz s'en échappent.

La laparotomie faisait reconnaître l'état de choses suivant : au milieu d'une masse inodulaire du volume d'une noix faisant corps avec les parois abdominales, se trouve l'orifice cutané de la fistule. De cet orifice part un trajet oblique de 4 centimètres de long qui vient s'ouvrir dans une cavité limitée par des adhérences intestinales. Au fond de cette cavité est l'orifice intestinal masqué par des fongosités.

Le professeur genevois commence par séparer la masse intestinale des parois abdominales à l'aide d'une dissection longue et difficile, puis il l'attira au dehors pour en séparer et déployer les anses. L'orifice intestinal siégeait sur le gros intestin et avait une forme elliptique; son grand diamètre parallèle à l'axe de l'intestin mesurait 1 centimètre et demi; l'écartement de ses bords était d'un centimètre. Après avoir avivé les bords de l'orifice, Julliard place, avec des catguts fins, 5 sutures de Lembert, traversant les parois intestinales sans intéresser la muqueuse; puis une seconde rangée de 2 sutures fut placée en arrière pour renforcer la première et pour augmenter la surface de contact des séreuses. L'intestin ayant été soigneusement nettoyé, Julliard rentre la masse intestinale et l'anse suturée. Ensuite il racla avec la curette le trajet fistuleux et aviva les bords de l'orifice cutané. Le péritoine fut réuni par une suture de 5 fils de catgut et la peau par 8 fils. L'incision des parois abdominales avait une longueur de 15 centimètres. Un drain fut introduit dans l'orifice de la fistule. Pansement antiseptique. L'opération avait duré 70 minutes.

Les suites furent des plus bénignes; apyrexie complète. Le 7e jour ablation des sutures; la plaie était réunie par première intention, sauf au niveau du drain. Le 12e jour, la malade commença à se lever.

Julliard ne connaît pas d'observation analogue à la sienne. J. B.

XXIX.—1° *Anus contre nature guéri par l'entérorraphie.*—Un sujet opéré à la suite de l'étranglement herniaire présente à la région inguinale droite une cicatrice dans laquelle sont trois orifices fistuleux; un autre orifice situé sur une seconde cicatrice communique avec eux et laisse passer comme eux les matières fécales liquides.

Billroth fait à la peau une incision de 13 centimètres allant de la racine de la verge jusque vers l'épine iliaque supérieure, et intéressant la cicatrice dont il excise les callosités. En dedans de l'orifice externe du canal inguinal se trouve un infundibulum qui admet le doigt; c'est le bout supérieur de l'intestin que l'opérateur isole. Quand il a trouvé, après une recherche assez pénible, le bout inférieur, il incise sur l'un et l'autre un fragment de 1 centimètre 1/2 et le réunit par 17 sutures. L'anse intestinale est replacée dans l'abdomen et un drain fixé dans la plaie. Pansement antiseptique.

Tannin : 20 centigrammes; opium : 1 centigramme.

La première selle a lieu 4 jours après l'opération. Apyrexie. L'opéré sort au bout de 40 jours.

2° *Hernie étranglée. Réduction de l'intestin. Entérorraphie. Mort par péritonite.* Il s'agit d'une femme atteinte de hernie crurale chez laquelle on trouve, à l'ouverture du sac, une perforation de l'intestin grêle. L'auteur résèque 15 centimètres d'intestin et réunit les deux bouts par 25 points de suture, puis il laisse un drain dans le sac. L'opérée meurt au bout de 6 heures. A l'autopsie on constate une péritonite très étendue; la ligature a rétréci beaucoup le calibre de l'intestin.

3° *Étranglement interne. Laparotomie. Entérorraphie. Mort.* — Un sujet de 52 ans, atteint d'occlusion intestinale, est opéré le 20 novembre 1880.

L'auteur fait à la ligne blanche une incision de 18 centimètres au-dessous de l'ombilic et voit s'écouler une notable quantité de liquide infect; il existe aussi des exsudats péritoniques. A 2 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, existe un étranglement rotatoire avec gangrène de l'organe. Après excision d'un fragment de 3 centimètres et une suture, l'intestin est remis en place. L'opéré meurt au bout de 5 heures.

A l'autopsie on peut s'assurer que la ligature est assez solide pour résister à un fort courant d'eau.

4° *Corps étranger de l'S iliaque. Laparotomie. Entérorraphie. Mort.* — On apporte à la clinique un malade pâle, affaibli, avec tympanisme abdominal, douleur vive à la pression du flanc gauche, pouls filiforme, tous les signes en un mot d'une péritonite grave.

Il confesse l'introduction par l'anus d'un pinceau long de 7 centimètres, dont l'extraction par l'anus a été impossible, même à l'aide du chloroforme. L'accident est arrivé il y a 3 semaines.

Billroth incise la paroi abdominale en allant de l'épine iliaque gauche vers le symphyse, et la présence de matières fécales dans le péritoine lui révèle une perforation de l'intestin. Il attire au dehors un pinceau gros comme le pouce, excise les bords de l'orifice qui lui a donné passage, suture l'anse, lave le péritoine et y laisse un drain avant de refermer la paroi. 12 heures après la mort survient.

5° *Carcinome de l'S iliaque. Extirpation. Mort.* — Un sujet offre depuis 3 mois des signes de rétrécissement de l'intestin; on trouve à gauche de la colonne vertébrale une tumeur allongée, presque aussi volumineuse qu'une tête de fœtus, paraissant siéger sur l'S iliaque. L'introduction de la main dans le rectum permet de constater à l'extrémité supérieure de cet intestin un anneau dur et étroit.

L'auteur fait à la paroi de l'abdomen une incision à convexité tournée en dehors, allant de l'épine iliaque vers le pubis. La tumeur intéresse la moitié inférieure de l'S iliaque; elle est isolée avec précaution et l'intestin qui la porte réséqué sur une longueur de 22 centimètres. Le bout supérieur est fixé à l'angle de la plaie, car il est impossible de le réunir à l'autre et d'éviter l'établissement de l'anus contre nature.

Mort 12 heures après l'opération.

6° *Carcinome de l'S iliaque. Anus contre nature. Mort huit mois après.* — Il s'agit ici de l'anus artificiel par la méthode d'Amussat. Le colon, très peu dilaté, contenait des matières fort dures qu'il fallut enlever patiemment. La plaie se comporta régulièrement sans complication, mais, au bout de quelques mois, l'état général commença à empirer, et une hémiplégie droite vint achever le malade. L. GALLIARD.

XXX. — Ablation d'une tumeur cancéreuse de l'S iliaque et le mésocôlon, chez un homme de 46 ans, pratiquée par Martini.

L'intestin, avec la partie avoisinante, altérée, de mésocôlon, est réséqué; la perte de substance de l'S iliaque est de forme trapézoïde, de 10 centimètres de long sur 5 de large. Impossibilité de réunir les deux bouts de l'intestin. Formation d'un anus artificiel.

L'opération, faite par la méthode de Lister, réussit pleinement. Le malade se rétablit vite; un bandage approprié empêche le contenu de l'intestin de s'échapper au dehors.

Après dix mois, il ne s'est produit aucune récidive; l'état général est excellent. L. D.-B.

XXXI. — Un homme de 33 ans est porteur depuis 11 ans d'un anus contre nature consécutif à un abcès de la paroi abdominale antérieure. Opéré en 1870 sans succès, il dut porter un obturateur approprié.

En 1879, Lucke tenta la cure de la fistule sans parvenir à oblitérer complètement l'orifice.

En mars 1881, il entre à l'hôpital d'Innsprück avec un double orifice à l'hypogastre, permettant d'introduire les deux doigts dans une cavité unique, contenant des matières fécales. L'intestin a deux bouts rétrécis qu'on ne saurait unir sans rétrécir beaucoup son calibre.

L'auteur extirpe un segment intestinal de 5 centimètres, comprenant la fistule et le cône mésentérique adjacent. Le bout supérieur plus large et plus épais que l'autre, est plissé longitudinalement, puis uni à l'inférieur par des fils de soie. Les séreuses des deux bouts sont suturées de plus au catgut. Suture de la paroi. Pansement de Lister.

Quinze jours après l'opération, on constate qu'il persiste une petite fistule donnant issue au liquide intestinal, cautérisation au fer rouge. Guérison rapide en 20 jours. L'intestin a repris ses fonctions normales. L. GALLIARD.

XXXII. — L'auteur a réuni 140 observations publiées d'extirpation du cancer rectal, et cherche à tirer de cette étude la solution des questions suivantes : Quels sont les dangers et quelle est la mortalité de l'opération ? A quelle catégorie de cas celle-ci est-elle applicable ? Quels sont ses résultats comme moyen curatif ou palliatif ? Sont-ils ou non supérieurs à ceux de la colotomie lombaire ? A quel degré l'opération est-elle suivie d'incontinence des matières fécales ?

Les conclusions du mémoire sont les suivantes : 1° les cas de mort à la suite de l'opération du cancer du rectum se rapportent presque tous à des cas où le degré avancé du mal rendait une pareille issue très probable ; 2° quand l'étendue du néoplasme dépasse 8 centimètres, ou présente une épaisseur telle qu'on doit craindre de ne pouvoir éviter l'ouverture du péritoine, l'opération est contre-indiquée ; 3° bien qu'on ait eu dans ces circonstances quelques cas de guérison, ces faits heureux sont trop rares pour qu'on soit autorisé à exposer le malade à une mort immédiate presque inévitable ; 4° l'opération a surtout une valeur palliative et s'applique aux cas où le mal n'a pas encore fait de grands progrès ; 5° au double point de vue du prolongement de l'existence et du soulagement des douleurs, elle soutient facilement la comparaison avec la colotomie lombaire ; 6° sauf dans un petit nombre de cas, l'opération n'est pas suivie d'une incontinence bien notable des matières fécales ; 7° dans les cas où l'étendue de la lésion dépasse 8 centimètres, l'extirpation doit laisser la place à la colotomie lombaire ; 8° rien ne prouve que l'intervention opératoire abrège l'existence en hâtant le progrès du mal. H. BARTH.

XXXIII. — Un homme de 64 ans était atteint d'un épithéliome limité du rectum. La tumeur plate, sessile, ne paraissant intéresser que la muqueuse et la couche musculaire la plus voisine, siège sur la côte gauche de l'intestin à 2 centimètres 1/2 environ au-dessus de l'anus. Ses dimensions sont celles d'une demi-couronne.

Une incision courbe de 4 centimètres circonscrit le bord externe du sphincter du côté gauche. Les téguments sont disséqués de manière à bien libérer la circonférence du sphincter que l'on fait attirer vers la ligne médiane. Le doigt introduit dans l'anus déprime la tumeur et la pousse vers la plaie cutanée, à travers laquelle il devient dès lors facile de réséquer les tissus malades. Une fois la plaie cutanée fermée, on ne perçoit plus qu'une légère dépression répondant au siège primitif du mal.

La guérison ne fut pas rapide (plus d'un mois), mais rien ne vint l'entraver et finalement, elle était complète. Le sphincter fonctionnait régulièrement.

V. CAMPENON.

TUMEURS DU CORPS THYROIDE.

I. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde, par A. BOURSIER (*Thèse d'agrégation, Paris*, 1880).

II. — Extirpation du corps thyroïde; deux observations, par PÉRIER et TILLAUX (*Bullet. de la Soc. de chir., p.* 565 *et* 698, 1881).

III. — Extirpation du corps thyroïde, par RICHELOT ; rapport, par TERRILLON (*Ibid., p.* 817, 1881).

IV. — Extirpation du corps thyroïde; présentation de deux malades, par TERRILLON et MONOD (*Ibid., p.* 643, 1880).

V. — Extirpation des goitres, par LEBORIEZ (*Gazette hebdomadaire*, 18 *novembre* 1881).

VI. — Abcès du médiastin consécutif à l'extirpation d'un goitre ; résection partielle du sternum, par BOÉCHAT (*Revue médicale de la Suisse romande, p.* 459, 1881).

VII. — L'estirpazione delle gozzo, mediante il laccio elastico, par G. FIORANI (*Broch., Milan*, 1881).

VIII. — Contributions to the study of the radical cure of goitre, par Paolo DEVECCHI (*San Francisco western Lancet, août* 1881).

IX. — Kyste sanguin du corps thyroïde traité par l'électrolyse, par BERGER et ONIMUS (*Bullet. de la Soc. de chir., p.* 324, 1881).

X. — The pathogeny and treatment of bronchocele or goitre, par Edward WOOKER (*The Lancet, mars et avril* 1881).

XI. — Goitre kystique, par KOCH (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx, mai* 1881).

XII. — Sarcome du corps thyroïde et des ganglions cervicaux, par A. MATHIEU (*Progrès medical*, 10 *décembre* 1881).

XIII. — Zur Frage von der Asphyxie bei Struma (Asphyxie par le goitre), par H. MAAS (*Breslauer ärtzl. Zeitschr., n°* 13, 1880).

XIV. — Étude sur le goitre enflammé et sur le goitre suppuré, par J. LARDILEY (*Thèse de Paris*, 1881).

XV. — Des thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par G. PINCHAUD (*Thèse de Paris*, 1881).

XVI. — Remarques sur le goitre exophtalmique, par Ch. ABADIE (*Soc. de méd. de Paris, Union médicale*, 1881).

XVII. — The relations of goitre to pregnancy and derangements of the generative organs of women (Le goitre dans la grossesse et les affections utérines), par E.-W. JENKS (*Amer. Journ. of obstetr., janvier* 1882).

I. — Dans cette thèse, complétée par un index bibliographique que consulteront tous ceux qui auront désormais à revenir sur l'histoire du traitement chirurgical des tumeurs du corps thyroïde, Boursier a méthodiquement classé tous les modes d'intervention qui s'appliquent à ces tumeurs et aux complications dont elles s'entourent. Après quelques

considérations sur les indications et contre-indications générales de ces opérations, il les divise en opérations curatives et en opérations palliatives. Les opérations curatives se distinguent elles-mêmes en opérations modificatrices et en opérations destructives. Les premières s'adressent surtout aux goitres kystiques; ce sont la ponction, les injections irritantes, le séton, le drainage capillaire, proposé par Daniel Mollière (ce chirurgien a remplacé le séton ancien par un faisceau de crins de cheval trempés dans l'huile phéniquée, dont il traverse les parois du kyste, qu'il recouvre ensuite d'un pansement de Lister. Il a employé ce procédé sur dix malades présentés par lui à la Société des sciences médicales de Lyon en 1878 et 1879, et qui presque tous ont guéri sans suppuration), l'incision, l'excision, la cautérisation unie parfois au drainage ou à la ponction, comme l'ont employée Michel (de Nancy) et Ollier. Les opérations modificatrices sont d'une efficacité plus douteuse quand il s'agit de goitres parenchymateux : nous rappelons seulement les procédés qui sont applicables ou qui ont été proposés en pareil cas : l'électrolyse, les injections interstitielles irritantes, les injections sous-cutanées d'ergotine employées avec succès par Sinclair Coghill, dans un cas de goitre vasculaire (*The Lancet*, 1877, v. I, p. 158); et quelques autres qui sont actuellement délaissés, comme le séton, la cautérisation, le broiement sous-cutané, la ligature des troncs artériels.

L'extirpation résume à elle seule toute la méthode destructive. Boursier fait une étude complète de son histoire, des procédés opératoires, des résultats statistiques, de ses indications suivant les cas. Il fait le parallèle des extirpations partielles et totales, discute la question de la trachéotomie préalable, et traite des accidents secondaires dus à l'opération.

Les opérations palliatives, section des muscles et aponévroses du cou, déplacement et fixation de la tumeur, sont ensuite brièvement passés en revue; un chapitre plus important est consacré aux difficultés que présente la trachéotomie chez les goitreux.

Dans une dernière partie de son travail, l'auteur aborde la comparaison des méthodes opératoires suivant les diverses variétés de tumeurs. Le discussion soulevée par Rose, qui se refuse à admettre l'extirpation dans le cas où le corps thyroïde est envahi par une tumeur cancéreuse, trouve ici sa place.

Mentionnons enfin 8 observations diverses parmi lesquelles 5 nouveaux cas d'extirpation du corps thyroïde; voici le résumé de ces observations :

Extirpation d'un goitre colloïde ; guérison par Le Fort;

Goitre suffocant, calcifié et plongeant, suffocation : extirpation et trachéotomie ; mort de pneumonie, par J. Reverdin (de Genève);

Extirpation d'un goitre cancéreux, mort, par Trélat;

Extirpation d'un goitre volumineux, mort, par Bottini (de Pavie);

Extirpation d'un goitre folliculaire, guérison par le même.

Nous regrettons de ne pouvoir entrer dans de plus longs détails sur cette intéressante monographie. Nos lecteurs trouveront dans une revue générale publiée au 2e fascicule du XIVe volume de ce recueil analysé ou mentionné, la plupart des documents dont s'est servi l'auteur, notamment ceux qui ont trait à l'extirpation du corps thyroïde; nous rap-

pelons également l'indication des travaux parus sur ce sujet, dont, plus récemment et depuis la thèse de Boursier, il a été rendu compte dans la *Revue*. (Berger, XIV, 721. — Braun, XV, 627. — Tillaux, XVI, 288. — Oulmont, XVII, 252. — Tansini, XVII, 253. — Boéchat, XVII, 254. — Terrillon, XVII, 255.) P. B.

II.—Dans le premier cas, un jeune homme fut débarrassé d'une tumeur vainement traitée par les injections de teinture d'iode. L'opération fut des plus simples; la plaie, refermée par des sutures au crin de Florence, se réunit très vite et le malade sortit parfaitement guéri.

Dans le second cas, un sarcome du corps thyroïde, qui avait été pris pour un goitre exophtalmique, Tillaux dut renoncer, après une tentative suivie d'asphyxie imminente, à l'emploi du chloroforme, et même de la méthode Trélat (4 grammes de chloral et 40 grammes de sirop de morphine à prendre avant l'opération). La tumeur était considérable, et pour l'extirper, l'opérateur fit 2 incisions latérales réunies en bas par un trait transversal, incisions recommandées (à l'exclusion de l'incision unique verticale médiane qu'avait mise en pratique M. Périer), par la majorité des membres de la Société. Les symptômes exophtalmiques s'amendèrent peu après l'opération. L. JULLIEN.

III.—Femme de 25 ans, atteinte d'un goitre à forme suffocante, avec dyspnée, dysphagie, altération de la voix, troubles circulatoires et nerveux. L'opération résolue fut retardée par une poussée inflammatoire. Richelot, après avoir dégagé le bord supérieur de la tumeur, isola les pédicules vasculaires et les lia avant de les diviser; la dissection du corps thyroïde qui adhérait à la peau et surtout à la trachée et au larynx aplatis et divisés, fut assez difficile. La guérison survint sans autre incident qu'une dysphagie très pénible qui se manifesta les jours suivants, et une aphonie complète qui persista près de 4 mois.

C'est ce dernier accident qui appelle principalement les remarques du rapporteur. Il est très difficile d'en donner l'interprétation, le retour même tardif de la voix semblant mettre hors de cause la lésion des nerfs récurrents qui se serait produite pendant l'opération. Il nous semble que leur tiraillement ou leur envahissement par les phénomènes inflammatoires développés dans la plaie peuvent en rendre un compte plus satisfaisant. Quoi qu'il en soit, l'observation de Richelot est un exemple des indications qui peuvent naître pour l'extirpation, des accidents de suffocation déterminés par un goitre. P. B.

IV. — Jeune fille de 24 ans, atteinte depuis quatre ans d'une tumeur du corps thyroïde, envoyant un prolongement à 4 centimètres derrière la clavicule. La voix était rauque, la respiration difficile ; il y avait de l'oppression nocturne; la trachée était fortement déviée à gauche par la tumeur qui occupait principalement le lobe droit.

Terrillon pratiqua l'extirpation du lobe hypertrophié : celle-ci fut assez facile malgré les connexions intimes qui unissaient la tumeur au côté droit de la trachée et du larynx. Après l'opération, pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, le chirurgien immobilisa la tête au moyen d'une double attelle en fil de fer; la réunion se fit rapidement et sans fièvre, et le 22e jour il ne restait plus qu'une fistulette au niveau du point où passait un des drains, et celle-ci même se ferma bientôt après l'expulsion de deux ligatures en catgut.

La malade opérée par Monod était âgée de 41 ans; elle portait depuis son enfance une tumeur au côté droit du cou; celle-ci avait augmenté de volume depuis 1863, et à diverses reprises elle avait donné lieu à des accès de suffocation; c'est pour des accidents de cette nature, revenus récemment, que

Monod se décida à extirper le corps thyroïde dont le lobe droit surtout était le siège d'une tumeur volumineuse. L'opération, malgré la ligature des vaisseaux faite à mesure qu'on les découvrait et l'emploi des pinces hémostatiques, fut assez laborieuse et s'accompagna d'un suintement en nappe abondant. Les suites furent simples, malgré des vomissements, de la toux et un peu de fièvre; mais au bout d'un mois il restait encore une fistulette à l'une des extrémités des incisions.

En lisant avec attention l'observation de M. Monod, on se demande s'il a fait l'extirpation totale de la thyroïde, ou s'il s'est borné à extirper une tumeur de cet organe et ses prolongements. Il faut aussi remarquer que l'opération de M. Terrillon doit être rangée parmi les extirpations partielles de la glande thyroïde. P. B.

V. — L'auteur publie deux observations de thyroïdotomie. Une pour un sarcome kystique suppuré chez une femme de 42 ans, suivie de guérison; l'autre d'un enchondrome thyroïdien, chez un Arménien de 46 ans, suivie de mort au 6e jour, sans cause appréciable. L'autopsie n'a pu être pratiquée. A. C.

VI. — Boéchat communique un cas d'abcès du médiastin survenu à la suite de l'extirpation d'un goitre. On pouvait introduire la sonde œsophagienne tout entière dans une poche purulente étendue derrière le sternum. Malgré l'évacuation réitérée du liquide par le siphon, la cavité se remplissait toujours et une autre ouverture fut jugée nécessaire.

Pour la pratiquer, Kocher (de Berne) pratiqua la résection du tiers inférieur du sternum; l'opération ne fut d'abord pas suivie de fièvre; le liquide s'écoulait au dehors par un gros drain placé dans le nouvel orifice; néanmoins il s'est produit depuis une élévation de la température, et craignant la rétention du pus dans un clapier latéral, Kocher se propose de réséquer encore 2 centimètres du sternum. P. B.

VII. — L'auteur a employé dans trois cas d'extirpation de goitre le moyen suivant: deux des malades ont parfaitement guéri sans le moindre accident, le troisième est mort d'une fièvre typhoïde contractée au 12e jour de l'opération.

Une incision est dirigée d'une extrémité à l'autre de la tumeur; la peau et les tissus sous-jacents sont coupés avec toutes les précautions usitées pour la kélotomie. Les vaisseaux sont sectionnés entre deux ligatures. Lorsque la tumeur peut être facilement soulevée et que le pédicule peut être isolé, on passe à la base une série de broches au-dessous desquelles on jette une ligature élastique. La plaie est ensuite pansée avec le pansement de Lister. La tumeur se mortifie et tombe du 10e au 12e jour. A. C.

VIII. — Jeune homme de 24 ans, né à Ronco-Scrivia (Piémont). Aucun cas de goitre dans sa famille. Début de la tumeur il y a 8 ans. Accroissement graduel. Depuis quelques mois la respiration est fort difficile et le malade réclame instamment une opération.

La tumeur est régulière, siège à la partie droite du cou, sans fluctuation, ni points de ramollissement. Circonférence du cou à la partie proéminente: 46 centimètres. Diamètre vertical, 12 centimètres et demi. Diamètre transversal, 24 centimètres. La circonférence de la tumeur mesure environ 38 centimètres.

Opération le 16 juin 1884, après anesthésie, d'après le procédé de Fiorani (ligature élastique). Incision de 20 centimètres; ligature de petits vaisseaux. Une fois la tumeur bien dégagée, le chirurgien passe une corde élastique autour du pédicule. Mais à peine le lien est-il placé que l'on voit survenir

des apparences de suffocation. La ligature est aussitôt coupée et la tumeur enlevée finalement avec le bisteouri. Trois tubes à drainage sont fixés dans la plaie réunie et pansée d'après la méthode de Lister. Le 7e jour, tous les tubes étaient enlevés et 15 jours après l'opération le malade quittait San Francisco complètement guéri; la voix était revenue claire et sonore, la respiration facile.

La tumeur pesait 16 onces. A. C.

IX. — Une dame portait un kyste sanguin du corps thyroïde, ponctionnée une première fois par le professeur Lucke, de Strasbourg.

Berger et Onimus vidèrent le kyste de son contenu, y poussèrent une injection au 40e, aussitôt réaspirée, puis une solution d'iodure de potassium au 10e, puis y piquèrent une tige mise en rapport avec le pôle positif d'une pile. Le négatif aboutissait à une plaque métallique placée sur la peau du cou au niveau de la tumeur. Au bout de 40 secondes, M. Onimus intervertit le sens du courant en augmentant son intensité, puis le courant fut rétabli, et enfin interrompu après 1 minute 3/4 d'activité. Au bout d'un mois le kyste thyroïdien était toujours très volumineux; mais, à partir de ce moment, un mouvement de retrait se produisit et aujourd'hui la tumeur est à peine grosse comme une noisette.

MM. Desprès et Le Dentu font remarquer à ce propos que les kystes du corps thyroïde sont simples, séreux et guérissent très bien par l'injection iodée, ou bien hématiques, à parois anfractueuses, et fort difficiles à traiter. Desprès leur oppose les injections de chlorure de zinc et le drain; Le Dentu serait heureux de pouvoir désormais compter sur l'électrolyse dans leur traitement. L. JULLIEN.

X. — L'auteur admet que dans les diverses variétés de goitre simple, la contractilité des vaisseaux thyroïdiens est diminuée, en raison d'une sorte d'épuisement de la fonction nerveuse des ganglions du grand sympathique qui fournissent les vaso-moteurs destinés à cet organe. L'acide fluorhydrique aurait la propriété de rétablir l'activité de ces ganglions, et, par conséquent ,l'équilibre de tension dans les vaisseaux thyroïdiens. il serait donc un moyen de traitement très efficace et tout aussi important que la teinture d'iode. On administre l'acide fluorhydrique en solution aqueuse à 1/200, dont on fait prendre au malade de quinze à quarante gouttes, trois fois par jour; il est souvent nécessaire de continuer le traitement pendant plusieurs mois, et de faire concurremment des injections de teinture d'iode dans la tumeur; mais dans les cas favorables, l'amélioration se fait sentir très rapidement. Suit le résumé de vingt observations, dont dix-sept terminées par la guérison. H. BARTH.

XI. — Femme de 71 ans, morte d'inanition consécutive à la dysphagie causée par un goitre kystique volumineux, qui avait dévié la trachée vers la droite sans altérer ses anneaux cartilagineux, l'œsophage étant comme aplati contre la colonne vertébrale par la tumeur. Des nerfs récurrents, le droit avait suivi la trachée dans son déplacement; le gauche se trouvait accolé à la paroi postérieure du kyste, à une distance assez notable de la trachée et de l'œsophage: l'intégrité anatomique de ces nerfs était complète.

Ce fait de la dysphagie poussée jusqu'à l'inanition, et produite par un goitre kystique, est certainement assez rare. Ce sont les goitres cancéreux qui, d'ordinaire, s'accompagnent de troubles de la déglutition, et les premiers phénomènes déterminés par la compression qu'exerce un goitre simple, s'annoncent généralement du côté des voies respiratoires et de l'appareil de la phonation. P. B.

XII. — Nous trouvons un exemple de ces troubles dans l'observation de Mathieu. Il s'agissait d'une femme de 69 ans qui portait un énorme cysto-sarcome, très rapidement développé (en 2 mois) du corps thyroïde, et des ganglions cervicaux. La déglutition était fort pénible; souvent les aliments étaient arrêtés au passage ou rejetés. Du reste, il y avait aussi des troubles dans la compression du conduit laryngo-trachéal; la malade pouvait parler, mais sa voix avait un timbre métallique et nasonné. Il n'y avait ni cornage ni tirage, mais la respiration était anxieuse, et des accès d'étouffement survenaient à peu près tous les jours. La malade succomba à l'affaiblissement graduel compliqué de pneumonie. A l'autopsie, on trouva les pneumogastriques envahis et dégénérés, le droit surtout; les gros vaisseaux du cou étaient compris dans la tumeur qui entourait la trachée et le larynx. Il est à remarquer que pendant la vie la tumeur ne suivait que d'une manière obscure le mouvement d'ascension du larynx dans la déglutition, caractère négatif qui a été noté dans un certain nombre de cas de cancer de la thyroïde. P. B.

XIII. — Il s'agit d'un cas dans lequel, après une extirpation de goitre suivie de succès, l'asphyxie fut soudainement causée par inflexion de la trachée, de sorte qu'à deux reprises, un mois et onze semaines après l'opération, la trachéotomie dut être pratiquée et que le malade dut porter d'une façon persistante une longue canule pour l'opération du goitre sous-sternal.

L'auteur pose, sans la résoudre, la question de savoir si la dégénérescence conjonctive des cartilages de la trachée est en cause, ou si, indépendamment de cette altération, la trachée peut être coudée latéralement jusqu'à effacement de son calibre. Quoi qu'il en soit, les faits de ce genre doivent être distingués de ceux dans lesquels un goitre comprimant la trachée coïncide avec une affection pulmonaire et où des produits de sécrétion épais restent adhérents au niveau du point rétréci et provoquent des accès d'oppression. G. HOMOLLE.

XIV. — De cette étude nous mentionnerons principalement les notions historiques qui font remonter l'observation de goitres enflammés et suppurés à Marc-Aurèle Severin, Bonnet, Mauchart, J.-L. Petit, *Hévin*, et quelques observations inédites d'où il ressort ce fait, déjà connu, que l'inflammation aiguë et la suppuration d'un goitre peut être, malgré les dangers auxquels elles exposent le malade, un des modes de guérison ou du moins de diminution de volume de la tumeur. P. B.

XV.—Cette complication apparaît, en général, dès les premiers jours de la convalescence. La marche est assez simple dans un grand nombre de cas; la résolution arrive alors en cinq ou six jours. Mais assez fréquemment, sous l'influence de l'adynamie des conditions débilitantes créées par la maladie première, la thyroïdite passe à la suppuration. L'auteur cite deux observations inédites de cette forme; dans un cas, le goitre disparut complètement; la suppuration avait été assez intense, et le goitre était moyen. A. C.

XVI. — En communiquant à la Société de médecine de Paris un cas de goitre exophtalmique, M. Ch. Abadie donne comme signe pathognomonique de cette affection le spasme du releveur de la paupière supérieure. Quand le malade regarde en bas, ce muscle reste immobile, et oute la partie supérieure de la sclérotique reste à découvert.

M. Abadie tente une explication physiologique des troubles observés dans les formes frustes du goitre exophtalmique. Tout dépend, suivant

lui, de l'envahissement de tel ou tel ganglion cervical du grand sympathique par la maladie. Si le supérieur est atteint, les troubles vasculaires seront marqués du côté de la tête et spécialement de l'œil; les lésions du ganglion moyen retentissent sur la thyroïde. Enfin les altérations du ganglion inférieur détermineraient des troubles cardiaques. P. B.

XVII. — Hunter (*Motherby's med. dictionary*, London, 1794), a le premier, peut-être, signalé le gonflement du corps thyroïde qui précédait l'établissement des règles et qui disparaissait spontanément parfois, quand celles-ci s'étaient régulièrement produites. Depuis lors, Grisolle, Tardieu, Luton, enfin Natalis Guillot (*Arch. gén. de méd.*, 5e sér., t. XVI, 1850), ont mentionné les relations que présentait le gonflement de la thyroïde avec la grossesse ou divers troubles utérins. Jenks en publie de curieuses observations.

Il eut l'occasion de soigner une famille où plusieurs jeunes filles furent atteintes de goitre peu de temps avant leur menstruation : cette infirmité, qui avait atteint un haut degré sur quelques-unes d'entre elles, guérit spontanément lorsqu'elles furent devenues nubiles. L'une d'elles pourtant conserva un goitre exophtalmique et mourut d'une péricardite à l'âge de 26 ans. L'auteur fut aussi consulté pour trois autres jeunes filles, âgées de 16, 15 et 14 ans, chez qui la menstruation était irrégulière; le corps thyroïde se gonflait aux approches de chaque époque, et ne reprenait ses dimensions ordinaires qu'après la fin des règles. L'iode semblait accroître, plutôt que diminuer la fluxion vers la glande. Les accidents et le gonflement thyroïdien disparurent lorsque la dysménorrhée eut été guérie.

Le Dr Lucas (de Felicity, dans l'Ohio), eut également à donner ses soins à une jeune femme atteinte de métrite du col : elle était affectée d'un gonflement du corps thyroïde, qui disparut après la guérison de l'affection utérine.

Jenks, avec tous ceux qui se sont occupés de cette question, admet la plus grande fréquence du goitre chez la femme. Chez celle-ci l'accroissement de volume de la thyroïde peut dépendre d'une irritation ou d'une excitation anormale de l'appareil génital.

Les efforts de l'accouchement déterminent parfois une congestion rapide de l'organe; mais quand le goitre se produit pendant la grossesse, il s'accroît graduellement et peut persister des années quoique l'on ait vu parfois un goitre développé pendant une grossesse disparaître à la grossesse suivante.

Jenks regarde comme probable que le gonflement de la thyroïde que déterminent les affections utérines (contrairement à ce qui arrive lors de la grossesse), est dû à un simple trouble vasculaire. Les congestions, les fluxions, les troubles fonctionnels de l'utérus ont sur cet accident plus d'influence que les métrites, les tumeurs, les affections organiques.

Le traitement du goitre par les médications usitées est absolument sans effet, quand celui-ci dépend d'une cause utérine. Cette variété de gonflement de la thyroïde, sous toutes réserves, comporte néanmoins un pronostic assez favorable, puisque l'affection du cou peut disparaître spontanément et quelquefois très rapidement à la suite de la guérison du désordre qui l'a causée, ou d'une modification apportée dans l'état physiologique de l'appareil génital. P. B.

Das Parotis-Sarcom pathologisch-anatomisch und klinisch bearbeitet (Le sarcome de la parotide au point de vue anatomo-pathologique et clinique), par C. KAUFFMANN (*Archiv f. klinische Chirurgie, Band XXVI, Heft* 3, *p.* 673, 1881).

L'histoire anatomo-pathologique des tumeurs parotidiennes est encore très obscure; les variétés de tumeurs qu'on rencontre dans cette région, si elles sont connues au point de vue de la marche et de la thérapeutique, ne le sont pas quand il s'agit, avant l'opération, de porter un diagnostic anatomique exact. L'auteur a rassemblé les cas qui lui ont paru les plus probants de tumeurs de même nature et a eu l'occasion d'examiner 15 néoplasmes parotidiens, dont 14 étaient des sarcomes.

Voici comment il les divise au point de vue de leur structure histologique :

1) Sarcome pur, à cellule rondes fusiformes, à structure alvéolaire.
2) Fibrosarcome.
3) Myxosarcome.
4) Chondrosarcome.

La forme la plus commune est la dernière; elle rentre évidemment dans la catégorie qu'on a dénommée chez nous tumeurs bénignes hypertrophiques et complexes. Les sarcomes de la parotide et de la région parotidienne, semblent surtout fréquents entre 20 et 30 ans, atteignent l'homme comme la femme, le côté gauche plus que le droit.

Quant au tissu aux dépens duquel ils se développent, l'auteur ne saurait le préciser; est-ce l'élément glandulaire? est-ce le tissu interacineux? de même les tumeurs qui viennent des ganglions et des aponévroses de la région, prendront une physionomie absolument analogue à celles de la glande même, d'où l'impossibilité de les distinguer. Le sarcome à cellules rondes et fusiformes, auquel il faut rapporter les cas décrits par Kolaczek et Thierfelder comme angiosarcome et cylindrome, semble le plus malin; la tumeur, outre qu'elle peut s'ulcérer, marche quelquefois très rapidement, et donne même lieu, comme les tumeurs malignes, à des métastases viscérales, témoin un fait cité par Kauffmann.

Le fibrosarcorme est une tumeur tout à fait bénigne, ressemblant presque complètement au fibrome, dépassant rarement le volume du poing, encapsulée comme tous les sarcomes parotidiens. Elle vient généralement lentement, ne récidive pas une fois enlevée et ne donne jamais lieu à des métastases.

Le myxosarcome prend un développement beaucoup plus considérable qui peut atteindre le volume d'une tête d'enfant, tout en ayant une marche relativement lente, puisque, dans un cas, la tumeur évolue en 45 ans. Pas de récidives après l'opération, ni de métastases.

Les chondrosarcomes sont encapsulés, comme les précédents, avec une surface irrégulière et inégale. La consistance est solide comme cartilagineuse. La surface de section du néoplasme présente des aspects variables suivant qu'elle présente des noyaux de tissu fibreux, de cartilage, de tissu muqueux.

Un grand nombre de tumeurs qualifiées d'enchondromes, ne sont autres, d'après Billroth et l'auteur, que des chondrosarcomes. Quant aux

rapports du sarcome avec la glande, l'on trouve, dans tous les cas connus jusqu'ici, du tissu glandulaire répandu au milieu du cartilage; ces formations glanduliformes sont des néoformations sarcomateuses.

Les chondrosarcomes ne donnent presque jamais lieu à des métastases; une fois, néanmoins, Kauffmann a trouvé des métastases dans les poumons. Quant aux récidives, elles sont relativement fréquentes.

Nous n'insisterons pas sur l'analyse des symptômes, l'auteur ne nous ayant pas donné de signes bien spéciaux à chacune des variétés de tumeurs parotidiennes, si ce n'est pour le chondrosarcome qui, souvent, sera reconnu à sa forme et à sa consistance.

Au point de vue pronostique, les sarcomes de la parotide sont des tumeurs bénignes, si ce n'est cependant, la forme diffuse qui est très maligne, comme le démontre un cas de Billroth.

Quant au traitement, il consiste dans l'extirpation bien complète, avec la capsule elle-même. La guérison arrive presque toujours sans encombre.

L'auteur termine son mémoire, par un post-scriptum dans lequel il expose, en quelques lignes, les idées de Wartmann, sur la genèse du cartilage dans les chondrosarcomes de la parotide. Pour ce dernier, le tissu hétéromorphe naîtrait de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques.

E. SCHWARTZ.

Température des abcès chauds, par ASSAKY (*Soc. de biol.*, 12 *novembre*. — *Gaz. méd. de Paris*, n° 49, 1881).

Dans 123 cas d'abcès chauds, l'auteur a recherché la température de ces foyers inflammatoires, tant au début que pendant l'évolution de la maladie; il a, en outre, étudié le rapport de cette température locale à la température générale et consigné les données que lui a fournie l'exploration cutanée dans les parties homologues; de ce travail il tire les conclusions suivantes :

1° La température cavitaire des abcès chauds sous-cutanés, traités par l'alcool, varie de 37,5 à 38,5 degrés centigrades; elle oscille entre ces deux chiffres, quelle que soit la région qu'occupe l'abcès, quels que soient l'âge et la constitution du sujet qui en est atteint.

2° La température superficielle, cutanée, prise au niveau de l'abcès, toujours plus élevée que la température périphérique prise du côté sain dans un point correspondant à celui de la lésion, excède cette dernière de 0° 5 à 2° 5 C. — Dans environ la moitié de nos cas, cette différence ne dépassait pas 1° à 1° 5.

3° L'hyperthermie tend à disparaître à mesure que l'abcès s'approche de la guérison. Cependant la marche de la température propre de l'abcès est indépendante de la marche de la température générale du corps.

OZENNE.

Einiges über Gefässverletzungen (Note sur les plaies des vaisseaux), par E. v. WAHL (*St-Peterb. med. Woch.*, n° 1, 1881).

L'expérience des guerres n'a pu jusqu'ici éclairer définitivement un certain nombre de questions pendantes sur ce sujet, telles que : le dia-

gnostic des traumatismes vasculaires, l'arrêt spontané de l'hémorragie, l'anévrisme traumatisme, les points où l'on doit faire porter les ligatures.

L'auteur rapporte six observations recueillies en temps ordinaire, et qui tendent à démontrer les propositions suivantes, qu'il espère voir confirmer plus tard à une époque d'« épidémie traumatique » !

Le danger de la gangrène de l'extrémité que commandent les vaisseaux liés a été très exagéré. Dans la pratique ordinaire où la ligature peut être pratiquée immédiatement et méthodiquement, ce danger est presque nul : dans la pratique militaire, l'abus du perchlorure de fer et des bandes élastiques détermine des hémorragies interstitielles qui sont la cause la plus sûre de la gangrène. L'arrêt spontané de l'hémorragie est illusoire ; il faut faire porter la ligature le plus haut possible.

Voici le résumé des observations :

1° Plaie par instrument tranchant de la région sous-claviculaire. Section de l'artère acromiale et des veines acromiales et céphaliques, perforation de la veine sous-clavière. Compression digitale de la plaie. Ligature double de tous les vaisseaux atteints. Frissons pyémiques. Guérison au bout de 65 jours.

2° Extirpation d'un sarcome axillaire ; résection d'une portion de 1 centimètre 1/2 de la paroi de la veine axillaire. Ligature double. Guérison.

3° Observation analogue à la précédente dans un cas de cancer.

4° Plaie par arme à feu des vaisseaux fémoraux en dessous des adducteurs. Hémorragie arrêtée par la bande élastique. Une heure après l'accident, ligature des deux bouts de la veine et de l'artère dans la plaie. Le 10e jour, hémorragie consécutive : on réitère la même ligature par le même procédé. Guérison.

5° Perforation de la poplitée par un séquestre. Ligature de la fémorale. Gangrène.

6° Plaie par arme à feu de la fémorale au-dessous du triangle de Poupart. Application de la bande d'Esmarch. Le 3e jour anévrisme traumatique traité sans succès par la compression. C. Z.

I. — Ueber das Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten (De l'apparition de la scarlatine chez les opérés et les blessés), par RIEDINGER (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1880, *n*° 9).

II. — Scharlachepidemie in einer chirurgischen Krankenabtheilung (Une épidémie de scarlatine dans un service chirurgical), par H. TREUB (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1880, *n*° 18).

I. — Riedinger relate une série de 9 cas, observés à Würzbourg, dans lesquels la scarlatine apparut à la suite d'une lésion chirurgicale. Dans la plupart, l'exanthème apparut d'abord au niveau de la plaie et y fut plus prononcé que sur le reste du corps. Mais bien que généralement la maladie fût violente, elle ne parut pas exercer d'influence fâcheuse sur la marche des plaies. Il est à noter que dans trois cas, il s'agissait de médecins, atteints d'angioleucite, suite de piqûre anatomique.

L'auteur croit pouvoir établir une corrélation entre le fait d'une blessure préalable et l'apparition de la scarlatine ; il insiste sur ce que parmi ces malades, les uns avaient été exposés antérieurement à la contagion scarlatineuse sans avoir contracté la maladie, et ne l'avaient prise qu'après le traumatisme; les autres avaient seuls été frappés, les personnes qui les entouraient ayant toutes résisté à la contagion

II. — Les observations recueillies par Treub semblent infirmer les conclusions de Riedinger. Au cours d'une épidémie violente de scarlatine, qui sévissait à Leyde, 5 malades du service chirurgical seulement furent pris de la maladie ; sur ces 5, un seul avait une plaie, et la contagion ne s'étendit pas aux nombreux blessés qui étaient dans la même salle. H. THORENS.

Observations de hernie et de rupture musculaire, par LARGER et FARABEUF (*Bull. de la Soc. de Chirurg.*, *p.* 297, 453, 473, 1881).

A propos de l'observation de Larger, M. Farabeuf a rassemblé un certain nombre de ruptures et hernies de ce genre.

Cas de Larger. — Homme de 26 ans, portant depuis 8 années à la partie moyenne de la jambe une tumeur comparable à une olive, avec sillon transversal. La tumeur fait corps avec le jambier antérieur, persiste quand le muscle est au repos et disparaît quand il s'allonge ou se raccourcit ce qui la distingue de celle produite par la rupture. Le diagnostic précis est rupture partielle du muscle jambier antérieur, avec hernie de ce faisceau rompu et dégénéré à travers une boutonnière de la gaine aponévrotique.

On ne connaît que quatre autres cas de hernie de ce muscle, ce sont ceux de Richet, Mourlon, Perrin et Gaujot.

Cas de Le Fort. — Tumeur située à la face profonde du biceps, offrant les mêmes caractères quelle que fût l'attitude. Le Fort pratique l'anesthésie chloroformique et la tumeur disparaît complètement. Le biceps incisé on constate que du tissu fibreux est interposé aux deux bouts du faisceau musculaire rompu.

Cas de Bousquet. — Dans un effort d'équitation le malade sent une violente douleur à la cuisse droite. Une vaste ecchymose se montre bientôt, puis la tumeur apparaît près de la racine du membre elle grossit peu à peu soulevant, dilatant l'aponévrose sans que celle-ci présente le moindre orifice. Quelle que soit l'attitude du membre, abduction ou adduction, la tumeur se développe, remonte en devenant nettement globuleuse et de plus en plus dure. En même temps un vide se produit en la région qu'occupe ordinairement le corps ou la partie inférieure *du muscle moyen abducteur rompu.*

Cas de Nicaise. — Homme de 55 ans, qui glisse et fait un violent effort pour se retenir; tombe sur le bord du trottoir et ne peut dire au juste à quel moment il a senti un craquement dans la région inférieure de la cuisse gauche et une violente douleur qui ne furent pas suivis d'une ecchymose apparente. Le muscle droit antérieur a été rompu près de l'extrémité inférieure de son ventre charnu. Au repos tuméfaction vague, oblongue ; pendant la contraction la tumeur durcit et remonte.

Cas de Jouin. — Homme de 46 ans, en nageant sent un craquement violent dans la région antéro-interne de la cuisse droite. L'examen offre tous les symptômes de la rupture du moyen adducteur, moins le court tendon pelvien encore facile à sentir et à pincer entre les doigts. L. JULLIEN.

Contribution à l'étude du traitement des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet, par la méthode antiseptique, par FAUCON (*Bull. Acad. de méd de Belgique*, *XV*, *n°* 4, 1881).

Après avoir fait un court historique du drainage appliqué aux kystes en général et aux kystes synoviaux en particulier, l'auteur rapporte trois observations de kystes synoviaux traités par le drainage.

Dans l'un des cas (kyste hordéiforme en bissac du poignet et de la paume de la main), la guérison a été obtenue au bout de trois mois de traitement, mais ce fut au prix d'une synovite suppurée et sans avoir produit le rétablissement complet des fonctions des doigts. Le kyste avait été incisé en deux points, et on y avait fait passer un drain composé de trente à quarante crins de cheval, bien dégraissés et ayant séjourné quarante-huit heures dans une solution concentrée d'acide phénique. Un pansement antiseptique de Lister fut ensuite appliqué sur la main et l'avant-bras.

Dans le second cas, l'opération, des plus bénignes, fut suivie de récidive.

La troisième observation est empruntée au docteur Legrand. Il s'agissait d'un kyste hordéiforme de la main et du poignet. Le chirurgien, après avoir ponctionné le kyste, y fit une injection d'iodure de potassium au dixième, puis traversa la tumeur à l'aide d'un séton composé de fils de lin, qu'il retira dès le second jour, et soumit la main à des irrigations continues. Les plaies étaient guéries au bout de quinze jours, et les mouvements tout à fait rétablis.

Faucon rapporte une quatrième observation relative à un kyste synovial de la face dorsale du poignet, opéré par l'extirpation du kyste, suivie de réunion immédiate des lèvres de la plaie et du pansement antiseptique, et guéri radicalement au bout de huit jours.

L'auteur croit pouvoir tirer de ces observations les conclusions suivantes :

Si les faits signalés ne sont pas assez nombreux pour autoriser des préceptes absolus, ils sont néanmoins favorables à l'idée d'une intervention chirurgicale active dans les cas de kystes synoviaux tendineux, sous le couvert de la méthode antiseptique. Ces faits témoignent de l'innocuité du drainage dans les traitements des kystes palmaires, et la plupart plaident en faveur de son efficacité. La suppuration de la gaine tendineuse ne pourra toujours être évitée dans les tumeurs à parois épaisses; mais ce processus n'est pas un obstacle absolu à la guérison. La récidive peut se montrer à la suite du drainage, si celui-ci n'a pas été employé pendant un temps suffisant; par contre, la dégénérescence fongueuse peut être le résultat d'un drainage trop longtemps prolongé; c'est à l'expérience à déterminer la mesure à observer dans l'usage de ce moyen.

L'extirpation antiseptique des kystes dorsaux du poignet de petit et de moyen volume est une opération innocente et radicale; la question reste tout entière pour les kystes volumineux. F. H.

Ueber Resection des Fussgelenkes mit vorderem Querschnitt (De la résection de l'articulation tibio-tarsienne à l'aide d'une incision transversale), par HUETER (*Archiv f. klin. Chirurgie, Band XXVI, Heft 4, p.* 812, 1881).

La 1re partie de cette communication, faite au congrès des chirurgiens allemands à Berlin, est destinée à combattre les idées émises par Sonnenburg sur la nature de la tuberculose et ses liens avec la scrofule. Ce dernier n'admet pas la spécificité du tubercule et prouve que scrofule et tuberculose sont un seul et même état pathologique. Hueter s'élève contre cette manière de voir par trop exclusive. Néanmoins, il n'est pas un partisan très déclaré de la spécificité de la tuberculose; il pense qu'il y a plusieurs espèces de maladies tuberculeuses, les unes transmissibles par

infection et inoculation, les autres se produisant sans infection préalable, sur un terrain favorable à leur développement. L'état scrofuleux serait, avant tous les autres, très propice pour la production de foyers tuberculeux.

Il n'y a pas de tubercule histologiquement spécifique ; ni les cellules géantes, ni les cellules lymphoïdes, ni leur arrangement ne sont absolument caractéristiques du tubercule, puisque les mêmes dispositions et les mêmes éléments se rencontrent dans d'autres productions pathologiques nullement tuberculeuses, telles que les gommes, par exemple. Il croit, par contre, à l'inoculabilité du tubercule ; c'est là le critérium par excellence. C'est dans la chambre antérieure de l'œil de lapin qu'il faut faire cette inoculation : l'on voit alors se produire, au bout de 6 semaines environ, une tuberculose manifeste de la cornée et de l'iris, et une tuberculose généralisée à laquelle l'animal succombe.

Hueter aborde ensuite la seconde partie, celle qui fait l'objet principal de son mémoire. Comment éviter les récidives d'arthrites fongueuses, après les résections?

Les moyens généralement employés sont les suivants : 1° bourrer les trajets fongueux et fistuleux avec du protective ou du catgut bien phéniqués ; 2° gratter les fongosités à l'aide de la cuiller tranchante ; 3° cautériser les trajets fistuleux. Dans ces derniers temps l'on a encore vanté l'iodoforme. La récidive se fait de deux façons : soit par suite d'une réinfection locale, soit par suite de la généralisation de la maladie. Un des modes les plus fréquents de la réinfection locale est celui-ci : les leucocytes du sang chargés de la tare scrofuleuse viennent infecter les bourgeons charnus de la surface opérée. C'est là une suite que l'on ne peut éviter que par une reconstitution complète de l'état général, et la modification du sang. La récidive locale a lieu, encore, parce qu'on a laissé des parties malades, surtout quand le procédé opératoire ne permet pas de curer parfaitement tous les coins et recoins de la cavité opératoire.

Hueter a remarqué que les résections du genou en large lambeau antérieur permettant un accès facile, sont bien moins souvent suivies de récidives que les résections tibio-tarsiennes avec incisions latérales, très défavorables à l'examen minutieux de toutes les parties de la plaie. C'est pour cette raison qu'Hueter remet en cause l'ancienne méthode de résection tibio-tarsienne, avec incision large antérieure.

Elle doit partir de la partie postérieure de la malléole interne, contourner en bas cette malléole, passer ensuite transversalement sur le cou-de-pied, arriver à la pointe de la malléole externe et dépasser celle-ci un peu en arrière. On coupe la peau, les nerfs superficiels, puis l'aponévrose ; on cherche l'artère tibiale antérieure, qu'on sectionne entre deux ligatures de catgut, de même que les veines qui l'accompagnent ; un fil a été préalablement passé dans les tendons des muscles de la région antérieure de la jambe et sert à les écarter ; on coupe les tendons au-dessous des fils, de façon à ce que ceux-ci restent adhérents aux bouts supérieurs. L'articulation, ainsi débarrassée de toutes ses parties molles antérieures, est largement ouverte en avant, puis réséquée très facilement, aussi loin que vont les lésions. On met en contact les surfaces osseuses, puis on suture les tendons et les nerfs, ce qui est certainement

la partie la plus délicate de l'opération. L'on termine par les sutures superficielles, après introduction de 2 gros drains ; le tout avec les précautions de la méthode antiseptique. Le 1er malade opéré par ce procédé commençait à faire des mouvements après 5 semaines. Hueter fit, dans les quelques cas traités de la sorte, une réunion immédiate des tendons, des nerfs, de la peau et les mouvements se rétablirent ainsi que la fonction et la marche, dans toute leur intégrité.

L'auteur termine en recommandant ce procédé avant tout, pour les cas de lésions scrofuleuses et tuberculeuses de l'articulation tibio-tarsienne. E. SCHWARTZ.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

OZÈNE.

I. — Zwei Sectionsbefunde von reiner Ozœna (Deux autopsies d'ozène idiopathique), par Hermann KRAUSE (*Archiv f. path. Anat., p.* 325, 8 *août* 1881).

II. — De l'ozène vrai, par Alfred MARTIN (*Thèse de Paris*, 1881).

III. — Remarques critiques sur la thèse du Dr Martin : de l'ozène vrai, par E. FRAENKEL (*Breslauer aerzliche Zeitschrift*, 11, 1881).

IV. — De l'ozène vrai, par TERRILLON (*Bulletin de thérapeutique*, 1881).

V. — Ozena e le sue forme cliniche, par V. COZZOLINO (*Naples*, 1881).

VI. — De l'ozène vrai, par CALMETTES (*Progrès médical*, n° 41, 1881).

VII. — De l'ozène, par Ed. FOURNIÉ (*Revue médicale*, 3 *septembre* 1881).

I. — L'auteur ajoute 2 autopsies à celles de Gottstein et de Hartmann, avec lesquelles elles concordent du reste (voy. *R. S. M.*, 15 avril 1880).

1° Homme de 52 ans, mort de cirrhose hépatique. Il était affecté depuis de longues années d'ozène avec surdité assez notable. La muqueuse du nez, du sinus sphénoïdal et de l'antre d'Highmore est mince, d'un gris rougeâtre. L'épithélium de la région respiratoire épaissi par place, et partiellement desquamé. De chaque côté les cornets moyen et inférieur sont petits dans leur totalité; le bord inférieur de celui-ci forme une ligne presque droite; le moyen est courbé dans son 1/3 antérieur; tous deux ont leur extrémité postérieure terminée en pointe. Méats correspondants très larges, principalement le moyen. Juste au-dessus du niveau du bord du cornet moyen, on voit la fente semi-lunaire de l'antre d'Highmore. Pas trace d'ulcération ou de cicatrice; dans le pharynx et autour des trompes, muqueuse plissée, tuméfiée. Os mince, flexible. Dans le méat inférieur et moyen, masses brunes ou grisâtres très fétides. Epithélium vibratile dans la région olfactive, épithélium pavimenteux stratifié dans la région respiratoire et dans tout le méat moyen et le méat inférieur. L'état des amygdales et de la tonsille pharyngienne n'est pas indiqué.

Examen histologique : Cornet inférieur : minceur extrême en beaucoup de points; rétraction notable de la muqueuse surtout sur la partie moyenne du cornet; disparition presque complète des glandes; nombreuses granulations graisseuses : rétrécissement considérable des vaisseaux. Cornet moyen : rétraction, plus de capillaires dans la couche superficielle de la muqueuse; pas de papilles, épithélium cylindrique; larges couches de cellules infiltrées en désagrégation. Grosses gouttelettes de graisse de couleur jaunâtre. Disparition des glandes. Sur le cornet supérieur rétraction faible, mais infiltration assez considérable de la muqueuse. Intégrité presque absolue du sinus maxillaire droit, et du sinus sphénoïdal. Plancher des fosses nasales : rétraction faible de la muqueuse : nombreuses gouttelettes graisseuses s'approchant graduellement de la surface. Sinus frontaux : muqueuse extrêmement mince. Légère infiltration de cellules rondes; quelques tubes glandulaires, quelques gouttelettes graisseuses. Parois du pharynx nasal. Infiltration considérable : le contour des follicules lymphatiques est indistinct. Pigment; graisse : glandes peu altérées. Muqueuse de la cloison : même altération que sur les cornets. Croûtes, épithélium en dégénérescence, granulations graisseuses, gouttelettes de graisse, nombreux cristaux de margarine.

2° Femme de 40 ans, morte d'une maladie de Bright avec de nombreuses complications. Depuis de nombreuses années, elle est atteinte d'ozène. Muqueuse du nez et du sinus rouge, sans aucune ulcération. Extrémités du cornet inférieur droit pointues, extrémité postérieure du cornet moyen des deux côtés également terminée en pointe. Aucune indication sur les amygdales et surtout sur la largeur des fosses nasales que, dans l'observation précédente, on pouvait considérer comme très larges d'après l'état des cornets. L'examen histologique donne dans son ensemble des résultats semblables à ceux du cas précédent.

L'auteur ne voulant voir la cause de la maladie que dans l'état de la muqueuse et non dans celui des fosses nasales considérées dans leur ensemble, y prend la particularité anatomique la plus frappante, c'est-à-dire la production de nombreuses gouttelettes graisseuses venant sourdre à la surface, et en conclut qu'il se fait chez les individus atteints d'ozène vrai une production abondante d'acides gras, cause de la fétidité. Quant à nous, nous ferons remarquer combien ces cas sont en faveur de la théorie de Zaufal : développement de la maladie à un âge peu avancé, cornets très petits, surtout l'inférieur et très minces, pas d'ulcérations, muqueuse en état catarrhal et atrophiée secondairement par stagnation pendant de longues années de croûtes irritantes.

II. — Alfred Martin, qui a contrôlé la nouvelle théorie de l'ozène vrai sur de nombreux malades étudiés à notre clinique, s'y est complètement rallié et en donne une exposition très complète dans sa dissertation inaugurale. Pour lui, l'ozène vrai est celui qui, n'étant pas dû à la syphilis, apparaît à l'âge de la puberté chez des enfants non nécessairement scrofuleux et chez lesquels ni pendant la vie, ni après la mort, on ne trouve d'ulcérations. L'odeur est due à des croûtes provenant de la stagnation des mucosités et de leur décomposition, et cette stagnation résulte de ce que les fosses nasales étant trop larges, le courant d'air expiré ne peut balayer les sécrétions. Cette grande largeur résulte elle-même de la petitesse du cornet inférieur et quelquefois du cornet moyen; le 3e cornet réduit à un petit bourrelet est recouvert d'une muqueuse mince sans tissu érectile; cet arrêt de développement ne produit ces graves conséquences qu'au moment de la puberté, parce qu'à ce moment, grâce au développement des os de la face, la disproportion entre le contenant et

le contenu s'établit. Ainsi s'explique encore l'hérédité et l'unilatéralité possible de la maladie. Il combat les théories de Michel et de Gottstein, mais pour le traitement il emprunte au premier les irrigations au chlorate de potasse, et au second les tampons d'ouate allongés remplaçant le cornet inférieur et rétrécissant la fosse nasale.

III. — Fraenkel combat les idées exposées dans ce travail; tandis que Martin a constaté que les malades n'étaient généralement pas scrofuleux comme l'avait déjà dit Trousseau, ceux de Fraenkel seraient généralement dans un mauvais état général et véritablement strumeux. De plus, pour Martin, il y a grande largeur primitive des fosses nasales, le catarrhe ne survenant que consécutivement par l'irritation des croûtes : pour Fraenkel, au contraire, comme pour Gottstein, l'ozène est le stade atrophique d'un catarrhe primitivement hypertrophique. Hartmann, auquel nous devons ces renseignements, se range complètement du côté de Martin.

IV. — L'article de M. Terrillon est un excellent résumé de la thèse précédente.

V. — Le volumineux mémoire de Cozzolino renferme un exposé très complet des théories qui règnent et ont régné sur cette question. Ce que nous reprocherions à l'auteur, c'est de ne pas faire suffisamment œuvre de critique, et quand nous le voyons mettre sur le même rang l'ozène par trop grande largeur des fosses nasales et l'ozène par exhalaison fétide, nous voudrions connaître son opinion personnelle et le résultat de ses observations cliniques.

VI. — Calmettes rappelle qu'il a le premier fait connaître, par des démonstrations cliniques, la théorie de Zaufal en France. Il a montré que l'état de la muqueuse était une conséquence forcée de l'état particulier des fosses nasales dans l'ozène, et qu'il n'était pas nécessaire d'invoquer, comme le fait Gottstein, un catarrhe hypertrophique durant depuis l'enfance, catarrhe dont on ne constate pas, d'ailleurs, l'existence chez les malades. Il rappelle que Zucherkandl a trouvé, dans certains cas, les cellules ethmoïdales rudimentaires du côté où la fosse nasale avait une grande largeur, ce qui confirme la théorie par arrêt de développement, et il a fait voir que cet arrêt portait non seulement sur le squelette du nez, mais encore sur les parties molles du pharynx. Chez ces malades, en effet, il n'y a jamais de pharyngite granuleuse, la tonsille pharyngienne est à peine visible et la cage amydalienne vide ou presque vide même au début. Par analogie, on peut admettre que le tissu érectile du 3e cornet n'est pas atrophié consécutivement, mais a subi un arrêt de développement; c'est ce que décide, du reste, un examen anatomique pratiqué sur de jeunes sujets au début d'un ozène.

VII. — M. Fournié se dégage difficilement des idées humorales qui règnent encore sur la question. Il connaît cependant la théorie nouvelle et l'emploi du tampon d'ouate, mais il en ignore le mode d'application puisqu'il pense que ce tampon agit à la manière du pansement ouaté de Guérin, en filtrant l'air. Il suffit de rappeler qu'on doit le placer d'avant en arrière au niveau du 3e cornet absent, et dans une seule narine qu'il n'obture pas, et que Fraenkel le remplace par un tube de caoutchouc, pour montrer le mal fondé de cette explication.

R. CALMETTES.

Épistaxis. Injection de perchlorure de fer pur dans les fosses nasales. Pharyngite et laryngo-bronchite consécutives. Mort par gangrène pulmonaire, par MALHERBE (*Journal de médecine de l'Ouest*, 1880).

J..., âgé de soixante-six ans, raffineur, est pris, le 8 mai, d'une épistaxis abondante que l'on arrête par le tamponnement. Huit jours après, il rentre à l'hôpital atteint d'aphonie avec dyspnée et dysphagie, ayant perdu une grande quantité de sang, et après avoir subi dans le nez l'injection d'un liquide jaune; quelques jours plus tard, le malade présente un embarras progressif de la respiration et meurt.

A l'autopsie, on trouve le voile du palais et le pharynx recouverts d'un exsudat pseudo-membraneux, l'épiglotte injectée, une eschare jaune sur un des replis arytèno-épiglottiques; le larynx, la trachée et les bronches tapissées d'un exsudat pseudo-membraneux, rouge sombre; dans le poumon droit, au milieu de la face postérieure, un foyer gangréneux du volume d'une orange. H. L.

Die submuköse (phlegmonöse) Entzündung der Kiefer-Stirn — und Keilbenhöhlen und der Siebbeinzellen (Inflammation sous-muqueuse (phlegmoneuse) des sinus maxillaire, frontal et sphénoïdal et des cellules de l'ethmoïde), par A. WEICHSELBAUM (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, *p.* 452, 1881).

L'auteur rapporte trois cas rapidement fatals de cette maladie :

1° Soldat de 21 ans, vigoureux, jusque-là bien portant, traité à l'hôpital pour une tétanie. Au moment de la convalescence, aggravation soudaine (élévation de température, symptômes de méningite, léger ictère); deux jours après, il paraît sur la joue droite une plaque d'érysipèle, large comme la paume de la main, qui ne grandit pas; mort le quatrième jour.

2° Soldat vigoureux, se plaint de malaise et de mal de tête, et fait cependant son service dans la matinée. Le lendemain il a des douleurs au niveau du front et de la mâchoire supérieure, mais il ne paraît pas sérieusement malade; dans la soirée : cyanose, respiration stertoreuse, convulsions, trismus; mort dans la nuit.

3° Femme de 64 ans, prise de frissons le 26 avril, puis érysipèle, qui se montre aux narines et envahit les joues et le cuir chevelu; mort le 1er mai.

Dans les trois cas, on trouve la même lésion étendue aux sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux et aux cellules de l'ethmoïde. Ces cavités sont remplies de pus et leurs parois présentent un grand nombre de plaques opaques, jaunâtres, isolées ou confluentes, qui ont depuis les dimensions d'un grain de millet jusqu'à 1 à 2 centimètres et plus de diamètre, avec une épaisseur de 3 à 5 millimètres; plusieurs d'entre elles sont encore recouvertes d'une mince couche de la muqueuse, qui est détruite au niveau des plus larges; elles sont constituées par une infiltration fibrino-purulente, qui s'est produite entre la muqueuse et le périoste.

Dans le second cas, le plus rapide, on trouve la rate un peu tuméfiée, le foie en dégénérescence granuleuse et graisseuse. Dans le premier : pachyméningite au niveau de la fosse cérébrale antérieure et leptoméningite purulente; extravasats sanguins de la plèvre, des pou-

mons, du péricarde, tuméfaction trouble des éléments du foie, tuméfaction de la rate. Dans le troisième, pachy et leptoméningite; gonflement considérable des téguments de la face, phlegmon de la paupière supérieure gauche; splénisation de la base du poumon gauche, tuméfaction de la rate, dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins.

Dans les trois cas, les fosses nasales ne présentent pas d'autres altérations qu'un gonflement modéré de la muqueuse, qui est injectée ou parsemée d'ecchymoses.

L'inflammation phlegmoneuse sous-muqueuse est ici remarquable par le caractère fibrineux de l'exsudat.

Les rapports de la maladie avec l'érysipèle de la face ne sont pas douteux dans deux cas; ils manquent dans le troisième, où la méningite fait également défaut. Il est probable qu'il s'agit d'une maladie primitive des sinus, qui peut se propager vers les téguments et vers les méninges, ou suivre une marche très rapide et finir à la manière des maladies infectieuses générales. G. HOMOLLE.

Beiträge zur Lehre von der Sensibilitätsneurosen des Schlundes und Kehlkopfes (Névroses de la sensibilité du pharynx et du larynx), par E. FRÆNKEL (*Breslauer ärtzl. Zeitschr.*, *nos* 16 *et* 17, 1880).

L'auteur a observé dix cas bien nets de névroses de la sensibilité du pharynx et du larynx, entre autres un cas de toux aboyante chez un jeune garçon de 13 ans. Chez deux malades on constatait, sur les parties latérales du cou, la présence de points douloureux, qui étaient surtout rendus manifestes par l'application d'un courant galvanique. La sensibilité douloureuse de ces points était proportionnelle aux perversions de la sensibilité commune au cou, et les deux ordres de phénomènes diminuèrent simultanément.

L'emploi du courant galvanique (l'anode au cou, le cathode sur une région indifférente ou au rachis) a donné de bons résultats. L'auteur a eu à se louer aussi des applications de compresses trempées dans l'eau chaude et des injections sous-cutanées d'une solution phéniquée. G. HOMOLLE.

Remarks on four cases of laryngeal disease (Quatre cas d'affections du larynx), par Edw. WOAKES (*Brit. med. journ.*, *p.* 889, 3 *décembre* 1881).

Obs. I. — Il s'agit d'une jeune femme qui, atteinte de diphtérie légère en mai 1880, eut en décembre un refroidissement à la suite duquel elle devint aphone et dyspnéique. A l'examen laryngoscopique on voyait que les cordes vocales restaient appliquées l'une contre l'autre sans pouvoir s'écarter, tout en étant saines. La dyspnée était telle qu'on pensa à faire la trachéotomie; cependant, comme il n'y avait pas de tirage diaphragmatique et que le spasme semblait surtout nerveux, on se contenta de faire une injection de morphine et on attendit. Le lendemain, l'état était un peu meilleur, quoique toujours alarmant; on administra une drachme d'eau oxygénée qui fit bon effet. Au bout de 3 jours, la malade était hors de danger, et la paralysie disparut en 3 semaines.

Obs. II. — Il s'agit d'un œdème de la glotte survenu chez un individu atteint de bronchite chronique et traité par l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce médicament, une tuméfaction de la joue et du pharynx se produisit, avec suffocation imminente; il fallut scarifier les replis ary-épiglot-

tiques, donner de la glace et toucher les parties tuméfiées avec du perchlorure de fer. Le malade guérit.

L'observation III concerne un individu qui portait sur le tiers antérieur du bord libre des cordes vocales un petit papillome en chou-fleur. Cinq ans auparavant il avait déjà subi une opération pour un polype laryngé de même nature. L'auteur parvint, au moyen des ciseaux courbes de Mackenzie, à enlever ce papillome, dont il cautérisa le pédicule avec le perchlorure de fer.

Le dernier fait est un exemple de laryngite hyperplasique d'origine syphilitique, ressemblant à un néoplasme de mauvaise nature, et qui céda au traitement mixte et à des cautérisations au sulfate de cuivre.

H. R.

I. — Nouvel appareil d'éclairage pour les cavités naturelles du corps, par B. FRAENKEL (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 28, p. 405, 12 juillet, et n° 42, p. 606, 18 octobre* 1880).

II. — Ein neuer Beleuchtungsapparat, par MICHAEL (de Hambourg) (*Berliner klin. Wochensch., n° 23, p. 335, 6 juin* 1881).

I. L'appareil de Fraenkel est destiné surtout aux cavités nasales et auriculaires. Il offre sur le spéculum tubulé l'avantage de moins laisser perdre les rayons centraux. Il se compose d'un prisme rectangulaire sur l'hypoténuse duquel est appliqué un second prisme plus petit, également rectangulaire. Celle des cathètes du prisme qu'on tourne vers la cavité à explorer possède une surface convexe. Les rayons lumineux tombant sur l'autre cathète subissent sur l'hypoténuse la réflexion totale, puis viennent former foyer après avoir traversé la cathète convexe.

Les rayons lumineux qui reviennent de l'organe éclairé, arrivent à l'œil de l'observateur à travers le petit prisme placé au centre de l'hypothénuse de l'autre prisme La convexité de l'une des cathètes agrandit les images. Le rayon de cette convexité doit être tel que la distance focale soit inférieure à celle qui sépare la surface convexe de l'objet examiné, sinon la vision ne serait pas distincte.

L'usage de cet appareil demande quelque habitude pour disposer à angle droit la cathète plane qui reçoit les rayons incidents. Pour les fosses nasales, on chauffe préalablement le prisme, pour qu'il ne se couvre pas de buée. Fraenkel pense que son appareil rendra inutile celui de Nitze. (*R. S. M.*, XVI, 719.)

II. Dans la construction de son appareil, Michael a été guidé par l'idée que, dans beaucoup de circonstances, il serait avantageux d'éclairer directement les organes sans l'intermédiaire de lentilles ou de réflecteurs.

Il a eu recours, comme source lumineuse, à des boules de verre, dans lesquelles se trouvent des poudres phosphorescentes reliées à un inducteur de Ruhmkorff par des électrodes en aluminium.

Pour le moment, l'appareil peut servir aux opérations sur le vagin ou la cavité abdominale, mais Michael espère le rendre applicable aux cavités étroites.

J. B.

The wisdom teeth and deafness (Les dents de sagesse et la surdité), par Robert COOPER (*The Dublin journ. of med. sc., p. 211, septembre 1881*).

L'auteur attire l'attention sur certaines otites chroniques qui paraissent en rapport avec l'éruption tardive ou anormale de la dent de sagesse. Il s'appuie sur le fait bien connu des otites de la première dentition, et aussi, sur ce que bien des cas de surdité se produisent à l'époque où apparaissent les dernières dents de sagesse. Plusieurs observations accompagnent ce mémoire; la plus démonstrative est l'observation 3, concernant un jeune homme de 17 ans, souffrant d'une otite aiguë, avec douleurs intolérables, pendant trois semaines, jusqu'au jour où apparaissent les dents de sagesse, dont l'éruption fait disparaître toute trace de névralgie auditive. H. R.

Note sur la maladie de Ménière, et en particulier sur son traitement par la méthode de M. Charcot, par Ch. FÉRÉ et Ach. BENARS (*Revue de médecine, octobre* 1881).

Il s'agit du traitement par le sulfate de quinine mis en œuvre sur sept malades dont les observations très probantes sont rapportées en détail. Les auteurs insistent sur la nécessité d'administrer le sulfate de quinine à la dose de 60 à 80 centigrammes par jour, par périodes de huit à quinze jours, sans se préoccuper de l'exacerbation des bruits auriculaires et des vertiges qui se produit lors des premières doses, l'amélioration survenant dès la suspension du médicament. LANDOUZY.

Le furoncle de l'oreille et la furonculose, par LŒWENBERG (*Progrès médical, 2-16-23 juillet, 6-13 août, 3 septembre* 1881).

Les recherches de l'auteur datent d'une épidémie de furoncles auriculaires qu'il a observée en mai 1880, et où il put sur des clous non encore ouverts obtenir le micrococcus décrit par Pasteur. D'après l'auteur, l'origine du furoncle est l'invasion d'un microbe spécial, entièrement développé ou à l'état de germe et provenant des milieux ambiants, l'atmosphère et surtout l'eau. La provenance du microbe du dehors lui semble prouvée par le fait que les furoncles, dans l'immense majorité des cas, envahissent les parties exposées au libre contact de l'air. Il y a lieu de croire que le microbe se multiplie particulièrement pendant la décomposition de certaines substances organiques (tanneurs, chiffonniers, bouchers). Il faut aussi faire entrer en ligne de compte la pression barométrique, l'humidité de l'air, l'ozonisation et l'état électrique de l'atmosphère.

Les microbes ne peuvent traverser l'épiderme, mais ils entrent par les ouvertures des follicules pilosébacés et des glandes sudoripares et cérumineuses; l'existence du poil facilite beaucoup leur invasion. Ils pénètrent ainsi jusque dans le derme.

La fréquence des furoncles de l'oreille est due à son exposition à l'air, au contact de l'eau pendant les ablutions journalières, à l'abondance des

glandes sébacées, à la température élevée du conduit auditif, qui est si propice à la culture des microbes. Le furoncle de l'oreille est plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

On sait que le plus souvent un premier furoncle est suivi d'un ou de plusieurs autres; ce phénomène s'explique par l'autocontagion; l'auteur rappelle les recherches de Pasteur, qui a montré que le sang des furonculeux reste toujours stérile, que les essais de culture sont infructueux, et il repousse l'hypothèse d'une dissémination des microbes par la voie du sang; il admet qu'une fois le premier furoncle ouvert, le pus qu'il contient se répand sur la surface cutanée, charriant les microbes dans un ou plusieurs follicules, d'où production de nouveaux furoncles; il montre en effet que le premier furoncle auriculaire d'une série est généralement placé vers l'entrée du conduit auditif, et que plus tard seulement apparaissent les clous plus profonds. Le furoncle confluent plaide dans le même sens par son évolution en zones concentriques.

L'auteur reconnaît, à côté du transport habituel par la surface cutanée, une forme particulière d'une gravité exceptionnelle, due à l'immigration des micrococcus dans la masse sanguine. Elle s'observe pour certains furoncles siégeant à la face, surtout à la lèvre supérieure, où la mort survient rapidement, précédée de symptômes ataxo-adynamiques avec phébite des veines faciales, ophtalmiques et des sinus de la dure-mère. L'état des matières trouvées dans les veines et les abcès métastatiques permet de supposer la pénétration de l'agent infectieux dans le courant sanguin. Klebs l'a d'ailleurs constatée une fois, et cela s'observerait plus souvent si l'on ne confondait pas les micrococcus avec les granulations graisseuses trouvées dans les veines.

Nombre d'individus présentent une véritable disposition à l'éclosion d'éruptions furonculeuses successives, sans que l'on puisse en donner une explication rationnelle; l'auteur se borne à dire que le développement des parasites est plus facile à mesure que l'économie s'affaiblit et résiste moins; il croit que les altérations dans la sécrétion cutanée jouent un rôle efficace dans le développement des microbes. Il explique par là l'importance des troubles de la sécrétion urinaire, qui a avec elle de si étroites relations; et il étudie spécialement le diabète sucré dans ses rapports avec la furonculose. Il invoque d'abord l'affaiblissement général de la vitalité, puis la mauvaise nutrition de la peau par le sang altéré et trop riche en azote, d'où desséchement du panicule cutané.

Peut-être encore le sucre lui-même qui existe dans la sueur a-t-il une action favorable à la germination?

La furonculose présente quelquefois de singuliers rapports avec la menstruation; assez souvent le flux cataménial est accompagné plus ou moins régulièrement de furoncles, surtout à l'oreille. Voici l'hypothèse de l'auteur sur ce sujet. Un premier furoncle une fois occasionné par l'entrée fortuite du micrococcus dans le follicule pileux, le pus qui s'en écoule peut introduire dans d'autres follicules les germes permanents du microbe spécial; à l'état ordinaire, ces germes ne peuvent se développer à cause de la résistance de l'organisme. Chez beaucoup de femmes, la menstruation est accompagnée de troubles plus ou moins profonds, la résistance de l'organisme peut être diminuée, la nutrition de la peau modifiée, d'où production de furoncles.

Une fois l'autocontagion admise, l'auteur est naturellement amené à soutenir que le furoncle est contagieux, et il rapporte plusieurs cas d'éclosion successive de furoncles chez des personnes vivant ensemble, surtout maris et femmes.

L'auteur recommande le traitement suivant : Incision du furoncle après éthérisation locale, puis fomentation de la plaie avec une solution d'acide borique saturée à froid; dans quelques cas même l'emploi d'une solution alcoolique d'acide borique a pu faire avorter le clou et éviter la suppuration. Pour éviter la contagion, il faut couvrir le clou de charpie imbibée d'une solution d'acide borique, que l'on peut aussi employer en poudre fine.

Le traitement de la furonculose en général réussit à merveille pour le furoncle de l'oreille ; la simple instillation d'une solution borique, même sans incision, a coupé court maintes fois aux phénomènes inflammatoires. H. L.

Einathmung von Chloroform als Ursache von Ohrerkrankung (Inhalations de chloroforme comme causes de maladies de l'oreille), par Charles-E. HACKLEY (*Zeitschrift für Ohrenh, X, 1, p. 3*, 1881).

Moos (*Cliniq. des maladies de l'or. Vienne*, 1866, p. 321) a publié une observation curieuse dans laquelle le malade atteint de catarrhe chronique des caisses fut atteint de diplacousie après inhalation de chloroforme ; puis l'organe de Corti se désaccorda progressivement et totalement. Dans le cas d'Hackley, la malade, âgée de 40 ans, conserva une audition très affaiblie sans douleurs ni bourdonnements. L'oreille moyenne et externe n'offrant rien de pathologique, l'auteur conclut à l'existence d'une lésion de l'oreille interne portant sans doute sur la circulation. Il a observé deux autres cas analogues. A ce propos Saint-John Roosa dit avoir vu l'éther sulfurique en inhalation produire de la surdité et des bourdonnements. Pendant l'inhalation, la membrane tympanique est souvent hyperémiée. R. CALMETTES.

I — Stichverletzung des Ohres mit Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis, etc. (Plaie par piqûre de l'oreille avec écoulement de liquide céphalo-rachidien, etc.), par H. SCHWARTZE (*Archiv für Ohrenh., XVII, p.* 117, 1881).

II. — Schussverletzung des Ohres mit Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis (Coup de feu dans l'oreille avec écoulement du liquide céphalo-rachidien), par R. KORNER (*Ibid., p.* 195).

III. — Fractur of base of skull (Fracture de la base du crâne), par J. LOVE (*Glasgow med. journ., XV*, 3).

I. — A la suite de l'introduction dans l'oreille d'une aiguille à tricoter qui perfora la membrane tympanique dans la région de l'étrier, il survint une syncope passagère suivie de vomissements. Il n'y eut pas d'hémorragie, mais il s'écoula du liquide céphalo-rachidien pendant huit jours goutte à goutte. La blessure produisit aussitôt des douleurs terribles dans la tête et dans l'oreille avec vertige et symptômes cérébraux consistant, outre la céphalée, en photophobie, hyperesthésie cutanée, convulsions localisées, insomnie, délire,

agitation, pendant un mois. Il y eut de la fièvre, et la température monta au début au-dessus de 39°. Il y aurait eu, d'après l'auteur, de la congestion cérébrale déterminée par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Mais il ne peut dire si la blessure du labyrinthe a eu lieu par pénétration de l'aiguille dans la fenêtre ovale ou dans la paroi labyrinthique elle-même, ou encore à travers la voûte du tympan, déchirant à la fois la muqueuse et la dure-mère. Le malade guérit.

II. — Dans le cas de Körner, l'entrée de la balle occupait le pavillon droit immédiatement en arrière du méat, et on ne trouvait aucun trou de sortie. Le blessé ne perdit pas connaissance, mais il ressentit une violente douleur avec troubles de l'équilibre, surdité totale et mouvements giratoires. Pendant huit jours, la plaie laissa écouler du liquide céphalo-rachidien mêlé de sang assez abondant deux jours après la blessure pour remplir 2 centimètres cubes en un quart d'heure. La balle ne put être extraite; cependant le malade guérit avec persistance de la surdité complète. Après la guérison, on voyait la membrane tympanique détruite complètement, sauf quelques tractus cicatriciels à son bord supérieur; de la balle on voyait à peu près le tiers implanté dans la paroi postérieure de la caisse; avec le stylet, on ne pouvait la mobiliser.

III. — Dans le cas de Love, il y eut écoulement de sang par le nez et l'oreille, de liquide cérébral par celle-ci seulement et paralysie faciale. La guérison fut complète. R. C.

Anatomisches und klinisches zur Lehre von den Erkrankungen des Nasenrachenraums und Gehörorgans bei Lungenschwindsucht (Étude anatomique et clinique des maladies du pharynx nasal et de l'oreille dans la phtisie pulmonaire), par FRÆNKEL (*Zeitschrift für Ohrenh.*, *X*, 2, *p.* 113).

L'auteur a fait ses recherches sur 50 autopsies de phtisiques; 29 fois l'oreille et le pharynx nasal présentaient des altérations, dont 8 fois en même temps, 8 fois l'oreille seule, 13 fois le pharynx nasal seulement. Toujours le nez était intact. Sur les 14 cas de lésions pharyngo-nasales isolées, il faut en éliminer 3 dans lesquels des kystes de la voûte, de la tonsille pharyngienne et de la fossette de Rosenmüller étaient indépendants de la tuberculose. Les 10 autres offraient des ulcérations allongées dans des sens différents atteignant souvent (7 fois) les bourrelets tubaires et ayant quelquefois dénudé la base de l'occipital. Ces ulcérations intéressaient 8 fois la tonsille pharyngienne et se répétaient toujours sur le larynx et l'intestin, sauf chez une malade. Si les ulcérations étaient étendues, elles n'intéressaient que les couches superficielles de la muqueuse; très circonscrites, elles étaient cratériformes, à fond sale, irrégulier, végétant ou semé de nodules gris jaunâtre atteignant jusqu'à la grosseur d'une tête d'épingle; on trouvait çà et là des ecchymoses punctiformes récentes ou anciennes, le tout recouvert d'une sécrétion jaune verdâtre, visqueuse et adhérente. Les bords étaient dentelés, décollés et renfermaient aussi des nodosités qui occupaient en outre les parties voisines où l'on trouvait quelquefois aussi des brides cicatricielles saillantes dont l'enchevêtrement donnait un aspect particulier au voisinage de ces ulcérations. A l'examen microscopique de ces parties, l'auteur ne put pas découvrir de tubercules. Les ulcérations seraient dues à une nécrobiose produite par une prolifération énorme de cellules et de noyaux comprimant les vaisseaux. Les cicatrices du voisinage prouvent

la curabilité de ces pertes de substance, semblables à celle des ulcérations du larynx et des intestins. Ces ulcérations s'accompagnaient d'un certain nombre d'autres semblables siégeant sur la muqueuse des bourrelets tubaires ou au voisinage, analogues aux érosions du larynx et de la trachée des phtisiques ; elles étaient rondes, grosses comme des lentilles à bords très nets. Les kystes par rétention dus à la compression des tubes excréteurs des glandes par les infiltrations cellulaires donnent lieu à des ulcérations en se rompant. Si ces ulcérations accompagnent généralement une phtisie avancée, elles débutent souvent aussi bien auparavant. Elles sont généralement latentes, mais quelquefois donnent lieu à des douleurs rapportées souvent dans l'oreille. Comme les narcotiques ne réussissent pas toujours, l'auteur recommande l'emploi d'une solution de créosote à 1 0/0 dans parties égales d'alcool et de glycérine. Quelquefois, contre la douleur, on se trouve bien de l'application d'alcool absolu sur les ulcérations ou d'injections sous-cutanées de solution d'acide phénique à 2 1/2 0/0 ; la piqûre se fait alors à l'angle de la mâchoire.

Sur les 8 affections d'oreille isolées, il y avait 2 otites moyennes suppurées avec carie, 4 catarrhes tympaniques muqueux ou muco-purulents, et 2 scléroses avec synéchies nombreuses. Sur les 8 cas d'affections auriculaires compliquées de lésions du pharynx nasal, il y avait une otite moyenne suppurée avec carie de la paroi labyrinthique et des osselets; la muqueuse du pharynx nasal était rouge et semée de nombreuses ecchymoses, 3 autres concernaient des scléroses avec synéchies considérables; la fossette de Rosenmüller et la tonsille pharyngienne présentaient deux fois des kystes, une fois un épanchement sanguin. Dans les autres cas (4), les catarrhes muqueux de la caisse se combinaient avec des affections du pharynx nasal déjà mentionnées (ulcérations, cicatrices, etc.). R. C.

Affections auriculaires dans la syphilis héréditaire, par Charles-J. KIPP (*Transactions of the American otological Society*, 13e *meeting*, *II*, 4, *Boston*, 1880).

1. Petite fille de 4 ans atteinte de kératite parenchymateuse et d'iritis bilatérale. Syphilis secondaire chez la mère. L'enfant a un nez très aplati et des dents très irrégulières mal faites. Elle était en traitement depuis deux ans et demi pour ses yeux quand elle éprouva tout d'un coup des douleurs occipitales et du vertige. Trois jours plus tard, diminution très rapide de l'ouïe, puis un écoulement séreux par l'oreille droite qui s'arrêta en 3 jours. Le diapason est entendu par les os également des deux côtés, à droite = 0 à gauche au contact. Membrane tympanique droite affaissée, mobile au spéculum de Siegle; violents vertiges pendant cette manœuvre. Trompes perméables Membrane tympanique gauche opaque, déprimée, mobile. Catarrhe naso-pharyngien. Traitement : douche Politzer, badigeonnage du pharynx au nitrate d'argent, KI. Pas d'amélioration. L'auteur ne nous dit pas si la montre était entendue par les os du crâne.

2. Jeune fille de 13 ans : kératite parenchymateuse gauche ; grande cicatrice à la nuque ; dents incisives coniques mais non cannelées. Père syphilitique. En mai, bruits et vertiges ; en octobre, surdité subite. Perception osseuse bonne ; membrane tympanique droite, très concave, un peu moins mobile : trompe perméable. Membrane tympanique gauche un peu jaune, affaissée.

Végétations adénoïdes dans le pharynx, muqueuse nasale tuméfiée. Ablation des végétations, KI, douche d'air. Pas de résultat.

3. Jeune fille de 17 ans; toutes les dents supérieures manquent. Depuis quelques mois, surdité, bruits, vertiges. Perception osseuse bonne; la voix haute seule est entendue. Membrane tympanique assez opaque et déprimée, mouvements normaux. Trompes perméables, un peu de catarrhe naso-pharyngien. Traitement infructueux. Plus tard, kératite parenchymateuse.

4. Jeune femme de 18 ans avec kératite parenchymateuse bilatérale. Père syphilitique. Surdité brusque, bruits, vertiges. Catarrhe naso-pharyngien. Membranes tympaniques opaques, déprimées, mobiles; trompes perméables; perception osseuse passable; la malade n'entend que la voix haute. Traitement infructueux par le cathéter pendant 6 mois.

5. Jeune fille de 6 ans; kératite parenchymateuse bilatérale; depuis quelques mois nausées, parfois des vomissements, céphalalgie; depuis 3 semaines, surdité, vertige; voix haute seule entendue. Membrane tympanique et trompes normales. Au bout de 15 mois, amélioration légère à droite, nulle à gauche.

6. Jeune fille de 8 ans avec kératite; surdité totale brusque, vertiges, bruits, perception osseuse bonne. Membrane tympanique un peu déprimée, injectée. Trompes perméables, catarrhe naso-pharyngien. Mère syphilitique. Le traitement améliore faiblement l'audition, le vertige allant toujours en s'aggravant.

Les symptômes communs ont été avec la kératite parenchymateuse, la surdité brusque, le vertige, les bruits, les troubles de l'équilibre, tandis que la membrane tympanique ne présentait que de faibles altérations; il existait du catarrhe naso-pharyngien. On s'étonnera que ces symptômes de surdité labyrinthique aient coïncidé avec une perception osseuse normale; l'auteur croit que les enfants, peu intelligents, ont mal rendu compte de leurs sensations. Il explique la bilatéralité de la maladie par une lésion du plancher du quatrième ventricule, ainsi que Trœltsch a essayé de le faire pour le syndrome de Ménière. CALMETTES.

Ueber eine eigenthümliche Exostose im Ohre. (Exostose particulière de l'oreille), par A. HEDINGER (*Zeitschr. für Ohrenh.*, *X*, 1, *p.* 49, 1881).

L'auteur a observé une quarantaine d'exostoses de l'oreille, et il a pu dans tous les cas exclure comme étiologie la syphilis et l'alcoolisme, causes admises par Toynbee et Troeltsch. Il se range à l'avis de Delstanche jeune, qui regarde ces tumeurs comme dues à une inflammation chronique des parois du conduit auditif, soit indépendante, soit associée à une inflammation de la caisse. Il rapporte ensuite une observation très intéressante dans laquelle une exostose survenue comme complication d'une otite moyenne suppurée résultait non d'une vraie néoplasie osseuse, mais d'une transformation ostéoïde du tissu conjonctif. Les papilles avaient subi une prolifération inflammatoire, ainsi que le tissu conjonctif, dans l'épaisseur duquel s'étaient déposés des sels calcaires. Le malade était un employé de chemin de fer atteint depuis un an et demi d'otite moyenne suppurée. Une exostose provenant de la paroi postéro-supérieure du conduit s'était développée graduellement. De là, rétention du pus, périostite mastoïdienne, nécrose de la paroi inférieure du conduit, fièvre, douleurs, etc. L'ablation partielle au ciseau et l'introduction de bougies de laminaire suffirent pour réduire la tumeur

au point qu'elle n'oblitérait plus que la moitié du conduit. Le malade guérit avec rétablissement de la perception osseuse et amélioration considérable de la perception aérienne. R. CALMETTES.

Perichondritis auriculæ, par KNAPP (*Zeitschrift für Ohrenh.*, *X*, 1, *p.* 44, 1881).

La périchondrite du pavillon est peu connue; on la confond généralement avec l'othématome, à propos duquel on la décrit quelquefois brièvement.

L'auteur rapporte 3 cas observés dans sa pratique et résume tous les cas connus. De ses 3 observations, l'une offre un grand intérêt. Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, d'une bonne santé habituelle, qui fut atteint d'une tuméfaction douloureuse de l'oreille droite. Le gonflement débuta à la partie externe du conduit auditif et s'étendit progressivement aux deux faces du pavillon sauf l'hélix et le lobule. Il se fit une série d'abcès d'où s'écoula par incision un liquide floconneux, jaunâtre, filant; au stylet, on constatait un décollement très étendu du périchondre. Au bout de 7 semaines, la tumeur rougeâtre, inégale, bosselée, douloureuse commença à diminuer et au bout de 10 semaines le pavillon rétracté était réduit au 2/3 de son volume primitif; l'anthélix, la fossette de l'hélix et la conque avaient disparu et étaient remplacées par des bourrelets et des nodosités résistantes. Il survint une otite moyenne suppurée intercurrente qui guérit. Le 2e cas concerne une jeune fille de 17 ans, d'ailleurs très bien portante et le 3e un malade atteint de catarrhe des caisses avec pharyngite.

Pooley a observé un cas du même genre dans lequel le lobule était resté intact. Dans la littérature médicale, on trouve un cas de Chimani (*Archiv für Ohrenh.*, II, 169, 1867) concernant l'oreille gauche, et dans lequel il n'existait qu'un foyer unique siégeant à la face antérieure du pavillon, lequel guérit après incision. Puis un cas de Pomeroy, dans lequel la périchondrite fut suivie d'un abcès. Pour le diagnostic différentiel d'avec le phlegmon, par exemple, on pensera à l'intégrité du lobule, laquelle s'explique par l'absence de cartilage en ce point; l'absence de sang permet de distinguer la périchondrite de l'othématome, dans lequel l'incision en fait toujours sortir, au moins au début. R. CALMETTES.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Manual del Practicante de Sanidad de la Armada (Manuel du médecin militaire), par RUIZ y SANROMAN (*Un volume in-8° de 765 pages, Madrid,* 1881).

Ce volume est destiné à remplacer, pour les médecins de terre et de mer en Espagne, la bibliothèque qu'ils ne peuvent avoir et transporter où les appelle leur multiple service. Il se divise en trois parties : la première comprenant l'anatomie, la physiologie et la petite chirurgie ; la seconde, le service à bord, dans les régiments, les hôpitaux, l'hygiène et la chirurgie ; la troisième, la thérapeutique, la matière médicale, la pharmacie. L'ensemble se termine par l'exposé des règlements et la description de l'arsenal spécial du chirurgien militaire.

L'utilité de pareils manuels est contestable d'une façon générale, mais il faut reconnaître que l'auteur a fait de louables efforts non seulement pour écrire un livre en même temps clair et substantiel, mais aussi pour mettre son livre au courant de la science. C. Z.

I. — Der Sanitätsdienst beim deutschen Heere (Le service de santé allemand pendant la campagne de 1870) (*Extrait du dernier fascicule de l'Histoire de la guerre par le grand état-major allemand*).

II. — Sanitätsgeschichte und Statistik der Occupation Bosniens und der Herzegowina (Histoire sanitaire et statistique de l'occupation de la Bosnie et de l'Herzégovine), par P. MYRDACZ (*Un volume in-8°, Vienne,* 1882).

III. — Relation médicale de la guerre du Zululand (1879) (*Army med. Report,* 1879, *et Revue mil. de méd. et de chir., I, p.* 606).

I. — Le dernier fascicule de l'histoire de la guerre de 1870 par le grand état-major allemand contient un aperçu sommaire du fonctionnement du service de santé dont nous extrayons quelques chiffres qui doivent être considérés comme définitivement acquis.

Le chiffre des décès dans l'armée et dans la marine allemandes (y compris les civils employés dans l'armée) se monte à 40,881 dont 70 0/0 sont morts de traumatismes :

Tombés devant l'ennemi.....	17,572
Morts de leurs blessures.....	10,710
Morts par accident.....	316
Morts par suicide.....	30
Total....	28,628

Les maladies internes aiguës ont causé 10,406 décès, soit 25,5 0/0.

Morts de la fièvre typhoïde...	6,965
Morts de la dysenterie.	2,000
Morts d'autres maladies ou de cause inconnue.....	1,847
Total général....	40,881

On ne cite pas le chiffre des malades qui doit être énorme puisque l'on compte 812,000 malades et blessés soignés dans les lazarets de réserve, y compris les prisonniers français qui étaient mêlés aux autres malades ou soignés dans des ambulances spéciales « quelquefois avec l'assistance de médecins français qui avaient suivi leur corps de troupe en captivité.» (Nous craignons qu'il y ait là une confusion ; ce partage de la captivité est un fait désirable et désiré par beaucoup de médecins militaires, mais nous n'en avons pas d'exemple.)

Pour soigner cette énorme masse de malades, un personnel de près de 47,000 hommes fut constamment sur pied, personnel comprenant entre autres 7,022 médecins, 606 pharmaciens et 21,000 infirmiers.

L'état sanitaire autour de Metz était mauvais, ce qu'il faut attribuer aux 25-30,000 cadavres enterrés sur les champs de bataille. En deux mois 135,000 malades entrèrent aux ambulances dont 28.000 dysentériques et 22,000 fièvres gastriques (lisez fièvres typhoïdes). Évidemment ce sont là des conditions défavorables, mais qui avaient été bien exagérées par la rumeur publique, sur des données insuffisantes.

Autour de Paris, au contraire, la mortalité ne dépassa pas sensiblement la proportion ordinaire du temps de paix.

Le chiffre des malades et blessés, évacués sur l'Allemagne par les soins des commissions d'étape est de 240,000.

Le rapport se termine par les paroles suivantes :

Le service de santé militaire allemand s'est montré à la hauteur dans les directions les plus diverses. L'activité prophylactique et thérapeutique des médecins a contribué à un haut degré à la conservation de l'aptitude à combattre et par conséquent indirectement aux résultats obtenus par les armes allemandes. Plusieurs de ces hommes sont tombés victimes de la fidélité de leur devoir, par le feu ennemi ou par les épidémies, mais des milliers de malades et de blessés allemands doivent la vie aux soins qui leur ont été donnés.

II.—L'occupation de la Bosnie par les Autrichiens en 1878 devenue par le fait des circonstances une des guerres de montagne les plus difficiles que l'on ait jamais vues, présente à ce point de vue un très grand intérêt pour la médecine militaire. Quoique l'auteur se défende modestement de mettre son œuvre en parallèle avec celle des Otis ou des Chenu, il faut reconnaître qu'il serait difficile d'être plus complet et plus intéressant. Une première partie est consacrée au côté administratif du service de santé. La seconde s'occupe des cas pathologiques observés. Avant d'étudier de plus près le fonctionnement du service de santé, il est bon que le lecteur sache ou se rappelle que les pays où se sont développées les

opérations militaires n'est qu'un énorme massif montagneux où les routes sont remplacées par des sentiers de chèvres, où les villages perchés au sommet des élévations sont difficiles à atteindre et manquent même de nécessaire. Le climat est alpin, c'est-à-dire froid en hiver, très chaud en été. Dans ces conditions où l'on se vit obligé trop souvent de faciliter la marche des troupes en enlevant les impédiments, on conçoit que le mouvement des ambulances était à peu près impossible. Dès l'entrée en campagne les voitures un peu lourdes, du modèle français, restèrent dans la boue d'où l'on essaya en vain de les tirer; les voitures un peu légères suivirent quelque temps l'armée, puis il fallut recourir au transport des blessés à dos d'hommes dans les brancards de montagne dont Mundy est l'inventeur. Heureusement que l'Autriche-Hongrie est préparée depuis assez longtemps à ce genre d'expédition et qu'elle ne fut pas prise au dépourvu.

La guerre de Bosnie ne fut en réalité qu'une série d'escarmouches excessivement fatigantes pour les soldats autrichiens qui n'arrivaient que rarement au contact des insurgés et qui étaient maintenus constamment en haleine après des marches excessivement pénibles. Le cantonnement, le bivouac, l'alimentation, l'habillement laissèrent naturellement beaucoup à désirer. Pendant les mois de juillet, d'août et de septembre, la température de la journée était vraiment tropicale, tandis que la nuit était fraîche.

Dans ces conditions extrêmement difficiles à prévoir et à combattre, il n'est pas étonnant que les maladies aient été fort nombreuses et cependant le tableau suivant qui résume la pathologie de la campagne, nous démontre qu'en somme les résultats ne sont pas trop mauvais; et que le corps de santé militaire de l'armée, secondé par la société de secours fortement organisée par le baron Mundy, a pu atténuer dans une certaine mesure les désastres que l'on était autorisé à prévoir.

La statistique porte sur une période qui s'étend du 10 juillet au 31 décembre 1878.

Le chiffre des malades est de 113,822, se rapportant à trois groupes de maladies :

1° Les fièvres palustres et leurs suites ;

2° Les catarrhes des voies respiratoires et digestives, les affections spéciales aux marches militaires (*Marschkrankheiten*) ;

3° Les maladies zymotiques (typhus et dysenterie).

Chiffres des décès : 3,304.

Tués à l'ennemi	983
Morts de leurs blessures	222
Mort par accident, suicide	99
Morts par maladie	2,000
Dont par fièvre typhoïde	944
Typhus exanthémat	21
Coup de chaleur	50
Dysenterie	324
Pneumonie	53

Si l'on ajoute les réformes on constate que les déchets en totalité de

l'armée a été de 6,353, ce qui équivaut pour les décès à une mortalité annuelle de 48,4 0/0, pour les réformes, à une perte annuelle de 93,2 0/0, c'est-à-dire six ou sept fois la proportion normale.

Le typhus exanthématique qui figure dans la nomenclature est douteux, le contrôle de l'autopsie manque d'ordinaire et Myrdacz pense que l'on a donné ce nom à des fièvres typhoïdes dans lesquelles l'exanthème était plus abondant que d'habitude. La fièvre typhoïde ne présentait pas toujours les caractères classiques du temps de paix ; surtout à la fin de la campagne elle se combinait avec le surmènement ou la cachexie palustre, constituant ainsi un tableau clinique complique auxquels les médecins donnaient le nom assez bien trouvé de typhus d'épuisement (*Erschöpfungs-typhus*). Le traitement, dont la base était la quinine, a donné des résultats défavorables.

Les fièvres de malaria ont été la cause la plus active de la morbidité (26,000 cas environ). Les fièvres ne présentaient rien de particulier et ne revêtaient pas non plus une forme maligne, excepté cependant dans la vallée de la Narenta.

La dysenterie se développait généralement à la suite d'une diarrhée longtemps négligée, et se compliquait souvent d'accès intermittents. Les malades étaient tellement affaiblis à leur entrée à l'hôpital, qu'ils mouraient presque immédiatement, ou succombaient lentement aux progrès de la cachexie. On a noté (une seule fois), une paralysie des extrémités inférieures comme complication de la maladie.

Le *coup de chaleur* (et états pathologiques analogues), a été observé 2,131 fois. Ce chiffre indique qu'il ne s'agit pas d'une maladie unique, mais d'une foule d'accidents tels qu'ils peuvent se produire pendant les marches fatigantes : 465, coup de chaleur, 1,273, épuisement, 381, congestion cérébrale, 15, syncope. Comme on voit, tout cela ne se ressemble guère. L'auteur ajoute la note suivante qui indique une fois de plus la réalité de certains états pathologiques non classés.

« Il est remarquable que cet état d'épuisement extrême ait pu durer plusieurs jours et jusqu'à 2 semaines. Les malades (sans qu'il y ait de processus pathologique évident), restaient couchés pendant des journées entières, indifférents, les yeux à moitié fermés, et on était obligé de leur faire prendre leur nourriture. Le rétablissement se faisait dans plusieurs cas avec une extrême lenteur ; dans les cas graves, la température resta plusieurs jours à 36°,5, et le pouls à 60-64 par minute. » Cet état contraste vivement avec le coup de chaleur, et doit porter logiquement le nom de surmènement.

Les plaies des pieds par suite de la pression de la chaussure ont été excessivement fréquentes, et sont en rapport soit avec la mauvaise qualité des chaussures, soit avec la difficulté des marches dans un pays accidenté.

Les blessures étaient produites dans les 9/10 des cas par le fusil Snyder, dont la force de percussion est considérable, et qui peut à 1,500-2,000 pas produire encore des fractures compliquées de diaphyses.

Sur 3,746 cas, on compte :

Blessés par des gros projectiles.....	5/3	pour mille.
— par l'arme blanche.....	11,4	—
— par des petits projectiles....	979	—

Au point de vue des régions, on note les blessures de tête (8,9 0/0); celles du cou (2,2 0/0); celles du tronc (14,6 0/0; celles de l'extrémité supérieure (40,8 0/0); celles de l'extrémité inférieure (33,5 0/0).

Ces chiffres diffèrent notablement de ce que nous avait appris jusqu'ici l'expérience des guerres où les blessures des extrémités inférieures étaient plus fréquentes que les autres, et où les blessures par l'arme blanche ou les gros projectiles n'étaient pas en aussi minime proportion; mais ces faits s'expliquent aisément par les particularités de cette guerre.

Au moment où l'ouvrage est publié, on ne connaissait le résultat que de 2,517 blessés (réformés 935), retraités 1,416, morts 166).

Les fractures, qui nous intéressent le plus, sont au nombre de 221 (52 bras, 58 avant-bras, 45 cuisse, 65 jambe).

La guérison est représentée par la proportion 84,2 0/0: les décès par 15,8 0/0. Pour la cuisse et la jambe, la mortalité est de 25 0/0 environ. Le traitement a été d'ordinaire la conservation jusqu'à la fin.

III. — La guerre contre les Zoulous a duré environ huit mois, de janvier à septembre 1879, pendant la saison des pluies et une partie de la saison chaude. Elle a été remarquable par les grandes difficultés que rencontra le service de santé, aussi bien que les autres services, et par le rôle exceptionnel joué par la fièvre typhoïde modifié par l'élément palustre, la *typhomalarial fever* des Anglais. Dans ce pays, composé en partie de côtes basses, marécageuses, en partie de collines en terrasses ou de véritables montagnes, les transports étaient presque impossibles. Les litières et les cacolets ne rendirent aucun service, les chevaux de la contrée étaient beaucoup trop faibles. Des voitures furent achetées dans le pays même et aménagées pour le transport des malades, mais elles étaient lourdes, incommodes et malheureusement peu nombreuses. On dut créer des ambulances très légères, de 25 lits au lieu de 200. Même réduites à leur plus simple expression, ces unités d'ambulance rendaient peu des services.

Les troupes régulières, provenant d'Angleterre, des Indes ou de Ceylan ont perdu :

Tués à l'ennemi.....	330 officiers	et	777	soldats.
Morts par blessures...	5 —	et	23	—
Par maladie.....	15 —	et	314	—

La surprise du camp d'Isandlwanah par les Zoulous a fourni cet énorme contingent de tués à l'ennemi (30 officiers et 500 hommes de troupe régulière). Quant aux troupes irrégulières, elles ont fourni un chiffre considérable de malades: les affections dominantes sont la fièvre typhoïde et la dysenterie. On note une proportion inusitée de maladies du cœur avec 3 décès seulement.

C. ZUBER.

Entwurf zu einer Friedens-Sanitätsordnung das preussische Heer (Projet d'une loi d'organisation du service de santé de l'armée prussienne en temps de paix), par ZIEGEL (*Brochure in-8°, Stettin*, 1881).

L'organisation du service de santé militaire en Allemagne présente une très grande lacune qui préoccupe à juste titre nos voisins d'outre-

Rhin, et qui consiste en l'impossibilité de passer directement des formations de paix aux formations de guerre comme les autres parties intégrantes de l'armée. Le jour de la mobilisation, le personnel des ambulances se trouve constitué d'éléments tirés d'un peu partout, ne se connaissant nullement, n'ayant aucune cohésion. Le projet de loi, présenté par Ziegel, part de ce principe que l'organisation de guerre est excellente et qu'il suffit de mettre l'organisation de paix en harmonie avec elle. Les médecins des corps de troupe disparaissent et le service des régiments est assuré par les *divisions sanitaires* au nombre de deux par corps d'armée : chaque division sanitaire présente autant de détachements qu'il y a de régiments d'infanterie dans la division territoriale. Les hôpitaux sédentaires sont organisés en hôpitaux mobilisables, grâce à des transformation peu importantes dans leur organisation intérieure. Le résultat est le suivant : Chaque médecin en chef de corps d'armée ou *médecin inspecteur* a sous sa direction deux *sanités* (organisation médicale d'une division). La sanité comprend deux divisions de lazarets (chacune à 4 lazarets) et une division sanitaire. Le passage de cette formation de paix à celle de guerre est évidemment des plus faciles, mais il est douteux qu'une pareille organisation soit réalisable.

L'auteur propose en même temps l'adoption d'un petit livret sanitaire que le soldat devrait porter constamment sur lui et qui contiendrait les principaux renseignements utiles au médecin : nous ne voyons pas très bien l'utilité de ce livret spécial. C. L.

I. — Statistique médicale de l'armée pour l'année 1878 (*Un volume in-4°, Paris*, 1880).

II. — Statistischer Sanitäts-Bericht über die königlich-preussische Armee (Statistique médicale de l'armée prussienne pour la période du 1er avril 1878 au 31 mars 1879 (*Un vol. in-4°, Paris*, 1881).

I. — Moyenne des présents : 440,614.

Entrées aux hôpitaux : 103,742 soit une proportion de 213 0/00 hommes.

Entrées à l'infirmerie : 140,000 soit 288 0/00.

Le chiffre total des malades est en réalité de 229,000 ou 470 0/00, un peu supérieur à celui de l'année précédente.

Parmi les causes d'entrées aux hôpitaux on note : les fièvres typhoïde et continue (107 0/00) la variole (10/00), les fièvres intermittentes (50 0/00), la syphilis (23 0/00), l'urétrite (48 0/00), les maladies des voies digestives (149 0/00). Les affections de l'appareil respiratoire figurent pour une proportion de 200 0/00 (y compris la tuberculose), chiffre, énorme et qui marque les progrès incessants de cette affection dans notre armée.

Le chiffre des réformes et des retraites est de 6,055 ou (12 0/00) dont 1,326 pour phtisie pulmonaire et 813 pour maladie de l'appareil respiratoire.

Les décès sont au nombre de 4,009, soit 8,23 0/00, résultat assez avantageux et qui montre que l'amélioration relative constatée depuis la guerre se maintient. 1,422 décès sont occasionnés par la fièvre typhoïde, 98 (!!) par la variole, 646 par les maladies de l'appareil respiratoire, 132 par le suicide.

II. — Le dispositif adopté pour la statistique de l'armée allemande a déjà été décrit antérieurement (*R. S. M.*, XVI, p. 720). Voici les faits les plus intéressants :

La varioloïde n'a fourni que 15 cas de maladie ! sans un seul décès. Par contre la scarlatine et la rougeole ont atteint près de 500 hommes avec 13 décès.

La fièvre typhoïde est représentée par 1,926 malades soit 6 0/00 hommes d'effectif, proportion extrêmement minime en comparaison des autres armées. Il est vrai que logiquement il faudrait y joindre les fièvres gastriques au nombre de 1,431, mais la nature de ces fièvres reste douteuse : elles n'ont donné lieu à aucun décès. Les morts sont au nombre de 200, soit 0,61 0/00 (contre 3 0/00 dans l'armée française ou 1,85 0/0 dans l'armée italienne). Ce sont là des faits bien difficiles à expliquer, et qui rendent pénible la constatation de notre infériorité. Les médecins militaires allemands constatent, par exemple, pour le 1er corps, que les casernes fournissent *moins* de typhiques que les logements chez l'habitant. Cela provient manifestement, ce dont on se doutait depuis longtemps, de l'intervention active et bienfaisante des médecins dans les questions de casernement, et en cela ils sont conséquents avec leurs doctrines pathogéniques, puisqu'ils admettent que le germe infectieux provient du sol et de l'eau potable. Les résultats extraordinaires qu'obtiennent nos collègues allemands en fait de variole et de fièvre typhoïde, dans un pays où ces deux maladies font rage dans la population civile, sont le meilleur argument en faveur de l'ingérence des médecins dans la police sanitaire des pays aussi bien que des armées.

Les fièvres de malaria (9,000 cas environ) n'ont causé qu'un seul décès : la dysenterie, 11 décès.

La statistique note parmi les intoxications : 136 cas d'alcoolisme avec 136 décès et 21 cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone avec 4 décès. Notons encore un empoisonnement en masse de 46 hommes d'un régiment d'artillerie à Mayence, à la suite d'un repas composé de pois, de choucroute et de viande hâchée. Tous ces hommes guérirent à l'exception d'un seul qui mourut au bout de 18 heures. A l'autopsie on constate : « injection de la muqueuse stomacale. A l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, une certaine quantité d'ulcérations de diverses grandeurs (d'une lentille à une pièce de 1 franc), à la valvule de Bauhin, ulcération arrondie de la grandeur d'une pièce de 5 francs avec des bords déchiquetés et inégaux. Tuméfaction des glandes mésentériques, des plaques de Peyer, des glandes de Lieberkuhn, rate congestionnée, friable, presque noire, non hypertrophiée. »

Ce cas intéressant peut être rapproché de ceux dont les observateurs de Kloten et de Wurtzen nous ont rapporté l'histoire récemment. S'agit-il d'une fièvre typhoïde authentique ? ou d'un charbon intestinal ? ou d'un empoisonnement par les ptomaïnes ?

Les cas de trichinose sont au nombre de 17.

La pneumonie figure pour 145 décès sur 3,800 cas : la pleurésie pour 57 décès sur 1,342 cas.

Les décès par phtisie sont au nombre de 300 hommes environ, soit 1 0/0, chiffre normal des armées du continent.

Les maladies vénériennes ont subi une augmentation sensible. 12,000

cas, soit 38,5 0/00. Les maisons publiques ont été fermées depuis 1876 (dans toutes les garnisons ?) et on se demande si cette interdiction est un bien ou un mal. La question ne paraît pas suffisamment élucidée.

Les maladies des téguments extérieurs sont toujours en proportion considérable (121,4 0/00 de l'effectif) qui contraste avec ce que l'on observe dans l'armée française. Il y a une véritable lutte entre les médecins allemands et les habitudes natives des soldats qui n'estiment que médiocrement les soins du corps. Ici encore l'avantage est du côté du médecin, puisque ces maladies étaient encore en 1874 de 145 0/00. Les douches obligatoires sont actuellement installées dans la plupart des casernes allemandes.

Les traumatismes ont atteint la proportion ordinaire de 113 0/00, chiffre qui se rapporte à 845 fractures, 439 luxations et 149 coups de feu.

La méthode antiseptique a été généralisée dans les hôpitaux militaires allemands, on y emploie tantôt la jute phéniquée humide, tantôt la jute phéniquée sèche ou l'acide borique.

La statistique des opérations comprend entre autres 14 amputations de la cuisse avec 9 décès, et 14 amputations de jambe avec 3 décès. Plusieurs résections, deux trépanations, une transfusion, etc.

Les pertes de l'armée en dehors des décès comprennent : les réformes (28 0/00) et les retraites (4,5 0/00.)

Le chiffre des suicides est, par extraordinaire, très bas : 33 tentatives dont 10 décès seulement. C. ZUBER.

Congrès de Londres, 1881. — Section de médecine et de chirurgie militaires, Compte rendu, par DELORME (*Revue militaire de méd. et de chir., t. I, p.* 321 *et* 401).

Au point de vue limité de la médecine militaire, le Congrès international de Londres a été très pâle en comparaison des congrès de Paris et Bruxelles et cela parce qu'il n'y a pas eu de discussion contradictoire entre personnages autorisés. En chirurgie d'armée, il ne suffit pas qu'une chose soit théoriquement bonne, il faut encore qu'elle soit exécutable dans les conditions spéciales, économiques et autres du milieu militaire.

Le discours d'ouverture prononcé par le Dr Longmore insiste précisément sur l'utilité de pareilles discussions. Il contient, en outre, une description sommaire du système mis en pratique dans l'armée anglaise, pour assurer les secours des blessés sur le champ de bataille.

I. — Le premier sujet proposé était : Comment peut-on le mieux surmonter les difficultés qui s'opposent à la chirurgie antiseptique dans le traitement des plaies sur le champ de bataille ?

Lilburne est grand partisan de la méthode de Lister sur le champ de bataille et propose une modification consistant en lavage à l'eau phéniquée en place du spray, et en pansement au lint imbibé d'huile phéniquée en place de la gaze. Il présente en même temps un sac d'ambulance construit en vue de cette méthode spéciale.

Melladew se demande ce que nous a appris la dernière campagne russo-turque concernant le traitement antiseptique des blessures. Les résultats obtenus sont excellents et les « principes de l'antisepsie doivent diriger

le chirurgien sur le champ de bataille ». Quant à l'application, chaque chirurgien agira à sa guise (ce qui est vite dit et rationnellement dit, mais inapplicable aux armées modernes où tout doit être préparé à l'avance). Melladew admet le principe du paquet de pansement que doit porter chaque soldat et en donne un modèle personnel.

Le Dr Port, de Munich, est, lui aussi, très partisan de l'antisepsie sur le champ de bataille. Il présente un paquet construit dans ce but dont la base est la jute phéniquée.

Le Dr Beck propose l'emploi de l'ouate phéniquée sèche pour le pansement des plaies, au lieu du spray et des pansements mouillés.

Enfin Reyher, de Saint-Pétersbourg, fait une lecture sur les résultats qu'il a obtenus pendant la dernière guerre.

On a dû naturellement, à la suite de ce défilé de lectures et de présentations de paquets, de sacs, de matériaux antiseptiques, se demander à quoi l'on devait donner la préférence. Pour l'usage des armées, il faut choisir en même temps la substance la plus active, la moins coûteuse, la plus légère, la moins encombrante : on voit que le problème est loin d'être résolu.

Deux travaux, l'un d'Ennès sur la désinfection du champ de bataille, l'autre d'Esmarch sur le traitement des lésions des vaisseaux en campagne ne se rapportent guère au sujet proposé. Ce dernier mémoire est considérable, pratique et digne de son auteur. Esmarch pense qu'il faut rejeter absolument de tous les sacs d'ambulance, les tourniquets et les styptiques (perchlorure de fer, etc.), et les remplacer par la bande élastique dont l'application peut être faite par n'importe qui et qui ne présente aucun danger. En conséquence, il propose de rendre obligatoire dans l'armée l'emploi de bretelles, qui peuvent jouer le rôle de bande élastique, mais il se heurte sur ce point à une vive opposition de la part de Starke, Tschudi et Roth.

II. — La *deuxième* question est la suivante : Quels sont les progrès de la chirurgie conservatrice des blessures produites par les armes à feu suivant la statistique pendant les campagnes des dix dernières années, et quelle est la direction de ces progrès ? Quelles sont les indications, s'il y en a, qui portent à croire que l'expérience acquise pendant ce temps amènera d'autres progrès dans le traitement conservateur de ces blessures.

Un chirurgien américain, H. Janes, qui a eu la bonne fortune de soigner dans le même hôpital, pendant près de 5 mois, 414 cas de fractures de fémur par balles, expose le résultat de son observation. Il pense que la conservation doit être tentée, pour les fractures du tiers moyen et du tiers inférieur dans tous les cas où l'articulation du genou n'est pas intéressée.

Voici une question capitale de la chirurgie d'armée. On voit qu'elle a été beaucoup trop négligée au Congrès de Londres. Et cependant, est-ce à dire que les opinions soient faites au point que la discussion soit inutile ?

III. — La *troisième* question est toute d'actualité : Sur les blessures produites par les projectiles modernes.

Un mémoire de M. Kirker, médecin de marine, compare, d'après l'expérience de la guerre russo-turque, les blessures faites par les

balles de forme cylindro-conique et les balles sphériques et arrive à cette conclusion singulière : « Quoique les balles cylindro-coniques produisent des effets plus graves et en plus grand nombre que les balles sphériques, toutes choses égales d'ailleurs, les blessures des premières guérissent plus facilement que celles des dernières. »

Longmore a fait quelques expériences confirmatives des opinions émises par l'auteur qui précède. L'état de l'os blessé par une arme à feu Martini-Henry semble plus favorable à la guérison qu'après une fracture provoquée par les balles de plomb mou des armes Enfield.

IV. — La *quatrième* question est ainsi conçue : Quels sont les moyens les plus efficaces et en même temps les plus pratiques pour l'immobilisation des blessures de l'épine dorsale, du bassin et du fémur?

Fagan présente une attelle pour le transport des malades et blessés de ce genre. Cette attelle est imitée de la gouttière de Bonnet : elle est trop encombrante, coûteuse et compliquée pour le service de l'armée.

V. — La *cinquième* question est ainsi conçue :

Sur les améliorations à introduire dans l'équipement des hôpitaux de campagne et dans le matériel de transport pour les armées faisant la guerre dans les pays non civilisés ou civilisés en partie, suivant l'expérience gagnée par l'armée anglaise dans l'Afrique du Sud.

Cette question, évidemment trop restreinte, a suscité un certain nombre de mémoires qui se sont tenus à un point de vue plus général, trop général même.

Cunha Bellem de Lisbonne, dans une de ces communications chaudes et légèrement emphatiques dont il a le secret, pense que les constructions spéciales pour le transport des blessés « ne sont qu'une éblouissante théorie ». Il vaut mieux se servir des moyens ordinaires appropriés *ad hoc*. Il n'y a d'ailleurs pas de règles générales de ce système d'appropriation. Ceci pour la guerre ordinaire. Dans les pays non ou à demi civilisés, il faut préparer un modèle de transport simple, peu encombrant. Le transport sur le dos des bêtes est toujours une très mauvaise ressource et ne doit être admis que faute de mieux.

Ainsi pas de cacolets, de litière, de voitures d'ambulances, mais alors quoi ?

Gori traite de même la question du transport des soldats malades et blessés en temps de guerre, à un point de vue général et très complet. Ce document ne se prête pas à l'analyse.

Van Asch décrit les conditions spéciales de la guerre dans la Cafrerie, pays où manquent en même temps le bois, les routes, le bétail et les moyens de transport. Le seul moxen d'évacuation des blessés était le lourd chariot des Boers, attelé de 12 à 14 bœufs, qui servait en même temps de tente d'ambulance (on ajoutait des toiles de chaque côté de la voiture comme dans la voiture-tente d'ambulance hollandaise de Kremhoul).

Norburg, médecin de marine, nous donne aussi quelques aperçus intéressants sur la guerre de Sud de l'Afrique et spécialement sur l'emploi de la terre travaillée par les termites (Udaka) en place de plâtre, et sur l'emploi de l'écorce de numose comme attelle.

VI. — Le *sixième* sujet est le suivant : Du meilleur système de soins à donner aux blessés dans les combats à bord des vaisseaux de guerre modernes.

Macdonald, professeur à Netley, expose que le navire remplit cette condition heureuse de constituer à la fois le lieu de campement, le champ de bataille et l'hôpital. Mais comme les navires ne se ressemblent pas, ni comme grandeur, ni comme disposition, il s'ensuit qu'il n'est pas possible de réglementer ce service dans tous ses détails et qu'il faut laisser une grande part à l'initiative individuelle.

VII. — De la prédominance et de la prophylaxie de la fièvre typhoïde chez les matelots et soldats dans les climats chauds et tempérés.

Sur ce grave et important sujet de médecine militaire nous n'avons que deux mémoires peu importants ; l'un de Maclean sur la fièvre entérique dans l'Inde, l'autre, de John Martin sur la fièvre typhoïde chez les soldats. Cette fièvre entérique paraît être une fièvre typhoïque modifiée par les circonstances climatériques, comme il arrive, par exemple, en Algérie. Quant à la communication de Martin, elle se résume en cette opinion que la fièvre typhoïde est une septicémie dans le sens étendu que M. Bouchard assigne à ce mot.

VIII. — Le *huitième* sujet est consacré à l'influence des règlements de police sanitaire sur la statistique des maladies vénériennes dans l'armée et dans la marine.

Ceci est une question toute anglaise. Lawson démontre que le *contagious diseases act* a eu pour résultat la diminution des maladies vénériennes non seulement dans l'armée, mais encore dans la population civile.

IX. — La *neuvième* question comprend l'insolation, caractères cliniques, pathologie et traitement. Un seul mémoire de F. Fayrer y est consacré, il est très complet et volumineux.

Comme on voit, le Congrès de Londres a voulu traiter, du moins en fait de médecine militaire, trop de choses à la fois. Qui trop embrasse, mal étreint ! Il aurait mieux valu, sans doute, choisir dans ces neuf questions deux ou trois points d'une importance capitale et internationale, des questions à l'ordre du jour, comme, par exemple, les fractures des diaphyses par coup de feu, les moyens d'improviser le plus sûrement les moyens de transport des blessés, l'étiologie de la fièvre typhoïde dans les armées et ses modifications sous les diverses latitudes, — de les soumettre à une discussion approfondie et l'on aurait obtenu ainsi, sans grand embarras, les résultats cherchés. C. ZUBER.

I. — **Bestimmungen der Korperlänge und des Kör pergewichts der Mannschaften des XI Jäger-Bataillons in Marburg (Taille et poids des soldats d'un bataillon de chasseurs), par BENEKE** (*Archiv für path. Anat. und Phys. Bd. LXXIII*).

II. — **Étude d'anthropométrie médicale au point de vue de l'aptitude au service militaire, par A. JANSEN** (*Mémoires de l'Acad. de méd. de Belgique, t. VII*).

III. — **Étude sur le recrutement des hommes du 12e bataillon de chasseurs,**

de leur degré d'aptitude aux exercices militaires et plus particulièrement aux marches en pays de montagnes, par RIGAL (*Revue mil. de médecine, t. I, nos 8 et 9*).

I. — Les hommes examinés par Beneke sont au nombre de 333 seulement.

La taille moyenne était de 168 centimètres ; le poids moyen de 63 kil., chiffres qui, en France, représenteraient une aptitude militaire entièrement exceptionnelle, mais qui sont conformes à ceux que Busch a constatés dans la Frise occidentale (168 de taille pour 64 de poids). L'auteur pense que le poids de ces soldats diminue dans le courant du service et, en effet, on constate entre la première et la quatrième année de service une différence de 4 kilogrammes en faveur de la première.

II. — Le mémoire de Jansen qui est publié par l'Académie de médecine de Belgique, se base sur un grand nombre d'observations poursuivies pendant plusieurs années et possède une valeur réelle. Nous en donnons ci-après les conclusions qui nous paraissent représenter la moyenne de ce qui est admis de nos jours parmi les médecins militaires, conclusions qui étendent et complètent celles qui ont paru antérieurement. (*R. S. M.*, XVI, 723.)

1. Le poids du corps et le degré d'ampliation de la poitrine donnent des indications précises sur l'état de résistance vitale des individus et leur aptitude au service militaire.

2. Le périmètre thoracique pris entre deux respirations ne donne pas une indication de réelle valeur.

3. La mensuration de la poitrine doit se faire à la hauteur des mamelons.

4. Après avoir noté ainsi l'amplitude thoracique pendant le repos qui suit une respiration, on maintient le ruban métrique autour de la poitrine et l'on fait pratiquer une profonde inspiration : la différence constatée dans la circonférence de la poitrine, avant et après l'inspiration, indique le degré d'ampliation.

5. Les miliciens que j'ai visités au moment de leur incorporation présentaient les moyennes suivantes :

Pour les hommes aptes au service : poids du corps, 57 kilogrammes; poids par centimètre de taille, 312 grammes; périmètre thoracique, 85 centimètres; degré d'ampliation, 47 millimètres.

Pour les hommes impropres au service : poids du corps, 49 kilogrammes; poids par centimètre de taille, 299 grammes; périmètre thoracique, 80 centimètres; degré d'ampliation de la poitrine, 22 millimètres.

6. Dans bien des cas, des hommes dont le périmètre thoracique est inférieur à la demi-taille sont parfaitement aptes au service, et fréquemment des individus à large poitrine ne peuvent résister aux fatigues de l'état militaire.

7. Il existe un rapport constant entre le poids du corps, l'ampliation de la poitrine et la taille, mais non entre ces valeurs et le périmètre thoracique.

8. Les provinces de Luxembourg et de Namur ont fourni les hommes les plus forts : le Limbourg, les plus faibles.

9. Quant à l'influence des professions, les matelots, les bateliers, forgerons, charpentiers, cultivateurs étaient les plus robustes : les ouvriers de fabrique et les houilleurs, les plus débiles.

10. On peut admettre $1^{m},52$ comme minimum de taille.

11. Toutes les recrues de bonne constitution pesaient au moins 322 gr.

par centimètre de taille : le degré d'amplitude de leur poitrine était au moins de 3 centimètres. Le périmètre thoracique n'atteignait pas toujours la demi-taille; mais il n'était jamais inférieur à 77 centimètres.

12. Les hommes reconnus aptes au service à leur arrivée au corps, et dont la conduite sous les drapeaux n'a rien laissé à désirer, se sont tous fortifiés pendant leur séjour dans l'armée.

13. Les militaires de chétive complexion n'ont pu résister aux fatigues du service militaire.

14. En moyenne, la taille s'est accrue de 10 millimètres en 2 ans, et de 17 millimètres en 4 ans : la circonférence de la poitrine a augmenté de 24 millimètres au bout des deux premières années, et de 9 millimètres les 2 années suivantes : le poids du corps a gagné 2 kilogrammes 7 hectogrammes pendant les deux premières années, puis il est resté stationnaire.

III. — Le travail de Rigal est un premier pas fait dans la voie de l'observation des collectivités, telle que peut la concevoir la science moderne. Sans doute il y aura beaucoup à perfectionner ultérieuremen, dans les moyens d'investigation comme dans la méthode elle-même mais le principe existe : l'observation attentive des individus constituant la collectivité, éclairée incessamment par la physiologie et l'anatomie, ravivée par la critique. Sur un corps de troupe ainsi *disséqué*, on pourra étudier avec le plus grand fruit l'étude des grands modificateurs et jeter enfin les bases, grâce à cette hygiène expérimentale d'un nouveau genre, d'une prophylaxie rationnelle.

Il est divisé en quatre chapitres :

1° *Aptitude physique* des hommes du bataillon. Rigal est partisan des méthodes positives d'appréciation et en première ligne, de la pesée. « Le poids est, à nos yeux, un des éléments fondamentaux d'une bonne appréciation de l'aptitude des hommes. » Comprenant la difficulté de baser ses études sur une moyenne portant sur des poids variant de 47 à 79 kilogrammes, il divise les hommes en 4 séries : groupe *faible* pesant en moyenne 51 kilogrammes comprenant 20 0/0 des incorporés ; groupe *moyen*, pesant 55 kilogrammes, 50 0/0; groupe *fort*, pesant 60 kilogrammes, 20 0/0, et groupe *supérieur*, 65 kilogrammes, 10 0/0. On remarquera que le poids du groupe faible est très voisin de la limite extrême de l'aptitude au service militaire. A ces groupements par le poids correspondent des tailles de $1^m,57$, $1^m,58$, $1^m,60$, $1^m,62$, en allant du plus faible au plus fort, et des périmètres thoraciques de 83 centimètres, 85-86, 87-89, 89-90. Le rapport thoracique (du périmètre à la taille) augmente du groupe faible aux groupes supérieurs, ce qui est en désaccord avec les idées admises. Le rapport thoracique notoirement inférieur n'est pas une cause absolue d'inaptitude : avec l'âge, chez les hommes de haute taille, il se modifie avantageusement; chez les petits sujets, au contraire, il paraît créer une condition d'infériorité acquise non susceptible d'amélioration.

La ligne intermammaire, distance d'un mamelon à l'autre, n'a aucune importance à cause des variations individuelles.

L'amplitude respiratoire constitue un moyen d'étude entièrement subordonné à la volonté de l'individu et par suite bien infidèle.

Le périmètre soléaire, au contraire, peut avoir son importance. Il croit progressivement de 1 centimètre en moyenne d'un groupe à l'autre.

Notons que le recrutement spécial des bataillons de chasseurs avait établi une certaine homogénéité parmi tous ces soldats, et il avait fallu réellement l'intervention des méthodes instrumentales pour arriver à ces quatre groupes, qui représentent des schemas ayant chacun sa physionomie à part, sans que l'harmonie constitutionnelle de l'individu soit rompue.

2° *Modifications sous l'influence des exercices militaires.*

Après six mois d'incorporation, on observe ce qui suit :

Les catégories inférieures bénéficient dans une large mesure de leur situation nouvelle, et ce résultat se mesure dans les deux classes à l'augmentation du poids, du périmètre, et de l'index thoracique.

Les catégories supérieures subissent un certain degré de dépréciation se traduisant à l'extérieur par une diminution des mêmes chiffres.

Les catégories moyennes ont pour caractère commun une augmentation de poids, mais se différencient, l'une par l'augmentation du périmètre alors que la taille est demeurée stationnaire; l'autre par sa diminution alors que la taille est notablement accrue.

Ceci démontre déjà que les groupes en question ont bien leur raison d'être, puisqu'ils ont affirmé leur individualité par une évolution particulière. Quant à la particularité de cette évolution, de cette manière d'être des groupes, elle tient, suivant Rigal, à l'alimentation plus que suffisante pour les faibles ou les moyens, mais relativement insuffisante pour les forts. Ces derniers développent leur poitrine, leur soléaire, leur vigueur physique, mais aux dépens du tissu adipeux: c'est le contraire que l'on observe pour les premiers.

3° *Influence des marches en pays de montagnes.*

Chaque année le 12e bataillon se rend dans les Alpes pendant la belle saison (mai-septembre), afin de familiariser les hommes avec les marches des montagnes. Ces marches sont au nombre de 2 ou 3 par semaine; elles durent 8-10 heures, y compris les repos. Les troupes sont cantonnées dans les granges ou les chalets. Les oscillations thermométriques sont énormes. L'alimentation a été légèrement augmentée, trop peu, puisque des hommes s'élevant avec armes et bagages, par des sentiers rocailleux ou escarpés jusqu'à 3,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, dépensent un travail physique des plus considérables.

Il ne s'est pas produit de mal des montagnes : à peine quelques malaises passagers, surtout une lenteur extrême de la digestion.

Rigal ajoute un détail curieux : « Nous avons constaté sur *tous* les hommes du bataillon un état général spécial qui a persisté pendant toute la durée des opérations, imprimant un cachet d'adynamie à la plus légère manifestation morbide, nécessitant avec un certain nombre de journées d'indisponibilité à la chambre, quelques entrées à l'hôpital. » Un de ces hommes avait perdu 6 kilogrammes au moment de son admission : c'était un cas de surmènement aigu.

En outre de cette situation sanitaire laissant quelque peu à désirer, on constate une diminution de poids de tous les groupes, excepté le premier, et une diminution du périmètre du dernier.

En somme, « si les marches en pays de montagnes déterminent par entrainement, un surcroît d'activité et de vigueur qui se révèle à un

examen superficiel, elles provoquent aussi, d'une façon non moins positive, des modifications susceptibles d'engendrer un état morbide caractérisé par l'inappétence, de la langueur, de la prostation. »

Ce sont là des résultats que certainement l'on ne pouvait pas attendre *à priori*.

4° *Conclusions*. — Tout ce que nous venons de dire ne démontre qu'une chose, c'est le rôle considérable de l'alimentation combiné avec la fatigue. Les groupes supérieurs, grâce à leur bonne constitution, résistent à la fatigue et s'assimilent intégralement les allocations supplémentaires : tandis que les groupes faibles ne peuvent fournir un travail disproportionné avec leur validité, s'amaigrissent et se surmènent. De là vient la diminution de poids et aussi la diminution du périmètre thoracique que Rigal attribue délibérément à la disparition de la couche graisseuse, aussi bien que son augmentation au début, à la formation de cette couche.

L'enchaînement des faits conduit à demander des modifications au système alimentaire usité jusqu'à ce jour. Grande difficulté ! Car la logique amène à la proposition suivante dont le seul énoncé ferait bondir plus d'un administrateur : élever tout d'abord le chiffre de la ration actuelle, et allouer suivant la capacité organique des individus, *trois types de rations*, inférieure, moyenne et supérieure !

Un autre desidératum serait de verser, dans ces bataillons de chasseurs de montagnes, à défaut de montagnards, comme font les Italiens, un choix spécial de poumons et de jarrets susceptibles d'accomplir ces ascensions pénibles (taille de 1m,58 à 1m,62 : poids de 55 à 64 kilogrammes).

En terminant, Rigal signale ce fait consolant. Sous l'influence des exercices corporels auxquels depuis 10 ans et dans tout le pays, on commence à accorder de l'importance, il est incontestable que les générations nouvelles soumises à cet entraînement vont croître et se développer plus robustes que les précédentes. Notre classe 1879 en est une conséquence heureuse. C. ZUBER.

Contribution à l'histoire du soldat dans ses garnisons, par M.-P. DARDIGNAC (*Brochure in-8° de 115 pages, Bordeaux*, 1881).

Ce livre devrait s'intituler plutôt : Contribution à la géographie médicale de Toulouse : c'est un de ces travaux modestes autant qu'utiles qui sont une des spécialités des médecins de notre armée et qui permettront plus tard de constituer sur des bases exactes la géographie médicale de notre pays. L'auteur a été attaché pendant six années consécutives au même corps de troupe dans la même garnison, il a été à même d'étudier parallèlement le climat de Toulouse dont il donne une excellente description, et les affections apparues dans son régiment, surtout les épidémies qui sont naturellement les plus intéressantes.

Nous ne dirons rien des particularités du climat toulousain qui doivent être étudiées dans le texte lui-même : ce sont là des chiffres qui proviennent en grande partie de l'observatoire de la ville. Les recherches

épidémiologiques de l'auteur portent spécialement sur cinq maladies : la fièvre varioleuse, la fièvre typhoïde, la fièvre érisypélateuse, la fièvre morbilleuse et la fièvre ourlienne. Cette nomenclature montre que l'auteur est familier avec les doctrines de l'école de Montpellier et, en effet, quelques passages de son ouvrage le montrent mieux encore : « Outre les maladies saisonnières banales et les maladies par infection du sang, qui sont le fait propre du méphitisme inhérent aux grandes agglomérations, ce sont surtout des affections des muqueuses respiratoire et digestive, qui pendant ces trois quarts de l'année évoluent sous l'impression d'une constitution médicale catarrhale. Quelquefois, et ceci dépend de particularités insaisissables dans la constitution médicale, elles s'enveloppent d'une phénoménalité perfide ; on les croit d'abord bénignes, puis soudain éclatent des accidents d'adynamie ou d'ataxie : il arrive même que cette tendance à la putridité et à l'énervation se généralise et paraît bien obéir à certaines circonstances générales de l'atmosphère. »

Au point de vue de *la variole*, l'auteur nous apprend que dans l'espace de six années il n'a eu que quatorze cas à observer au 143e de ligne ; ce chiffre est favorable. « Il serait *peut-être* indiqué, ajoute-t-il, de soumettre chaque année à une revaccination les anciens soldats chez lesquels cette opération aurait donné précédemment un résultat nul ou douteux. C'est une question à étudier. La pratique recommandée est usitée en Allemagne et elle est tout le secret des chiffres incroyables que publie annuellement la statistique militaire de ce pays (15 cas sur toute l'armée en 1879 !!).

La *fièvre typhoïde* présente dans le régiment en question, comme dans toutes les armées, deux maxima, l'un au printemps, l'autre au commencement de l'hiver. Sa marche générale est conforme à ce que nous savons. « Les causes de la maladie ne dépendent ni du sol, ni de l'eau, ni de l'air (!) mais doivent être rapportées à l'infection d'origine aminale (miasmes humains d'emcombrement, miasme putride des égouts). » On verra plus loin que Dardignac admet un contage animé.

L'*érisypèle* de la face a été remarquablement fréquent (38 cas). Le facteur principal de ces épidémies minuscules serait la contagion. La nature infectieuse de la maladie, vivement défendue par l'auteur, n'est plus contestée par personne.

La *rougeole* a fourni 49 cas répartis en deux petites épidémies coïncidant avec une situation analogue de la population civile. Ce chiffre assez élevé des décès est dû à l'intervention de phénomènes thoraciques.

Les *oreillons* ont été l'objet d'une attention toute spéciale et cela se conçoit : cette affection prédomine singulièrement dans le milieu militaire français.

Les observations ont porté sur 183 cas répartis en 4 épidémies. Les relations de la malaria avec les fièvres éruptives sont bien mises en lumière. L'atrophie du testicule à la suite de l'orchite spécifique serait encore plus fréquente qu'il n'est admis depuis les travaux récents des médecins militaires, et atteindrait au minimum une proportion de 70 0/0. Cette atrophie n'est pas immédiate, elle est lentement progressive.

Le travail se termine par quelques réflexions dont le point saillant est celui-ci :

« Pourquoi tous ces miasmes ou germes morbides ne seraient-ils pas

engendrés par les mêmes causes ? Pourquoi toutes ces maladies ne résulteraient-elles pas d'un même germe commun qui, par le fait de circonstances générales, dépendantes de causes secondaires telles que certaines particularités de l'atmosphère ou certaines propriétés adéquates aux tempéraments des individus se transformerait en changeant de milieu de façon à provoquer ici une fièvre typhoïde, là une fièvre éruptive, ailleurs l'oreillon ou l'érysipèle.

Pourquoi ? Mais parce que le pommier produit des pommes et le chêne des glands, parce que la bactéridie du charbon produit toujours en même temps la bactéridie et la fièvre charbonneuse, parce que le petit microbe en 8 de chiffre du choléra des poules se reproduit toujours sous la même forme en reproduisant la même maladie. Puisque l'irrésistible pression des faits et de l'opinion vous amène à admettre l'origine parasitaire des maladies infectieuses, étendez, par la même opération de l'esprit, à la genèse de la variole ou des oreillons ce que nous savons des zoonoses étudiées par Pasteur, et vous serez dans le vrai. C. ZUBER.

REVUE GÉNÉRALE.

DES AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE NERVEUSE CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE.

Par H. LELOIR.

Consulter dans la *Revue des sciences médicales*, les articles suivants :

ARNOZAN, *XVII*, p. 580. — AVEZOU, *XVI*, p. 481. — BALMER, *VI*, p. 464. — BRISSAUD, *XV*, p. 598. — CHAMBARD, *XVIII*, p. 189. — CHABRIER, *XVI*, p. 618. — CHEVALIER, *XIII*, p. 618. — DÉJERINE, *IX*, p. 225 et 601 ; *XIX*, p. 190. — DURET, *IX*, p. 274. — A. FÈVRE, *VIII*, p. 297. — GASKOIN, *XVII*, p. 619. — KAPOSI (traduction Besnier et Doyon), *XII*, p. 590. — HALLOPEAU et NEUMANN, *XVII*, p. 580. — HAYEM, *I*, p. 708 ; *XIII*, p. 179. — JAMIESON, *XVIII*, p. 181. — LELOIR et BROCQ, *XVIII*, p. 614. — LELOIR et CHABRIER, *XVI*, p. 615. — LEWIN, *XIII*, p. 618. — MEYER, *IX*, p. 647. — G. POORE, *XVII*, p. 580. — ROLLAND, *IX*, p. 649. — ROSENTHAL, *XIX*, p. 188. — TESTUT, *X*, p. 138.

Consulter en outre .

SYSTEM DER HAUTKRANKHEITEN, par **Auspitz** (*Vienne*, 1881). — TUMEUR DU LOBE FRONTO-PARIÉTAL GAUCHE, par **Bourneville et Poirier** (*Progrès médical*, 1879). — EIN FALL VON LEPRA, par **Breuer** (*Vierteljahresschrift für Dermatologie*, 1880). — DE L'HERPÈS GÉNITAL, par **Bruneau** (*Thèse de Paris*, 1880). — COÏNCIDENCE DU VITILIGO AVEC L'ATAXIE, par **Bulkley** (*Archives of dermatology*, 1878). — TROUBLES TROPHIQUES CUTANÉS A LA SUITE DE LA PRODUCTION DE NÉVROMES SUR LE NERF SAPHÈNE INTERNE, par **Caradec** (*Gazette des hôpitaux*, 1880). — LÉSIONS NERVEUSES DANS LE ZONA, par **Chandelux** (*Archives de physiologie*, 1879). — PEMPHIGUS DANS LE COURS DE MYÉLITES, par **Chovstek** (*Centralblatt*, 1876). — LÉSIONS DES NERFS CUTANÉS DANS L'ECZÉMA, par **Colomiatti** (*Gazzetta delle cliniche*, 1879). — LÉSIONS NERVEUSES : 1° DANS LA LÈPRE ; 2° DANS CERTAINES FORMES DE GANGRÈNES CUTANÉES, par **Déjerine et Leloir** (*Archives de physiologie*, 1881). — ÉRUPTIONS ECZÉMATEUSES SUR LES MOIGNONS D'AMPUTÉS ATTEINTS DE NÉVRITE, par **Duplay** (*Union médicale*, 1879). — DISCUSSION DE MM. FÉRÉOL, BLACHEZ, VIDAL, SUR LA

SCLÉRODERMIE (*Société médicale des hôpitaux*, 1878). — NATURE AND TREATMENT OF ECZEMA, par **Tilbury Fox** (*Londres*, 1870). — TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DE LA PEAU, par **Gailleton** (*Paris*, 1874). — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LÈPRE, par **Grancher** (*In thèse de Lamblin*, 1871). — HERPES DES RACHENS, par **Herzog** (*Pester med. chir. Presse*, 1880). — DES TROUBLES VASO-MOTEURS ET TROPHIQUES LIÉS A L'ALCOOLISME ET A QUELQUES INTOXICATIONS CHRONIQUES, par **Lancereaux** (*Union médicale, mai* 1881). — ALTÉRATIONS NERVEUSES DANS L'ICHTHYOSE, par **Leloir** (*Acad. des sciences, décembre* 1879, *juillet* 1880). — ALTÉRATIONS NERVEUSES DANS L'ECTHYMA, par le **même** (*Société de biologie, février* 1880). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE TROPHIQUE, par le **même** (*Archives de physiologie*, 1881). — RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE NERVEUSE, par le **même** (*Thèse de Paris*, 1881). — SULLE DERMATOSI DA LESIONI NERVOSI, par **Marcacci** (*Giornale italiano delle malattie venere e della pelle*, 1878). — VITILIGO DES ALIÉNÉS, par **Morselli** (*Revista de frenistria*, 1879). — TROUBLES DE LA NUTRITION CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS DES NERFS, par **Mougeot** (*Thèse de Paris*, 1877). — UEBER EINE EIGENTHÜMLICHE NERVÖSE HAUTAFFECTION BEI EINER HYSTERICHEN BLÖDSINNIGEN, par **Pick** (*Prager med. Wochenschr.*, 1879). — DU MAL PERFORANT, par **Poncet** (de Cluny) (*Gazette hebdomadaire*, 1872).— TROUBLES TROPHIQUES DANS LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, par **Person** (*Thèse de Paris*, 1873). — HISTOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA MORPHÉE, par **R. Crocker** (*Medical Times and Gazette, novembre* 1879). — VITILIGO ET GOITRE EXOPHTALMIQUE, par **Reynaud** (*Thèse de Paris*, 1875). — MAL PERFORANT, par **Savory et Butlin** (*Medico-chirurgical Transactions of the society of London*, 1879). — LÉSIONS DE LA MOELLE DANS UN CAS DE LÈPRE, par **Tchirsjew** (*Archives de physiologie*, 1879). — FAULTY INNERVATION AS A FACTOR IN SKIN DISEASES, par **Wigglesworth** (*New York hospital Gazette, mars* 1879). — UEBER DEN NERVÖSEN CHARAKTER DES ECZEMAS, par **G. Wyss** (*Thèse de Berlin*, 1879). — FALL VON NIGRISMUS PARTIALIS VON SELTENER FORM, par **G. Witzel** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, août* 1877). — LÉSIONS DE LA SUBSTANCE GRISE SPINALE DANS CERTAINES AFFECTIONS CUTANÉES, par **Yarish** (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1880). — UEBER DIE KLINISCHE AUSSERUNG DER REAKTIONSZUSTANDE AKUTER DELIRIEN, par **Tscher** (*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, XXXVII*, 1880).

Il y a longtemps que les rapports qui unissent le système nerveux à la nutrition de la peau, que l'influence du système nerveux sur la production de certaines affections cutanées ont été signalés par les auteurs. Cette influence était déjà pressentie par les anciens dermatologistes. On trouve dans Alibert des cas remarquables d'éruptions cutanées ayant succédé à des émotions morales vives ; Cazenave précise encore davantage ce rôle du système nerveux sur la production des dermatoses, il inspire les thèses de Chausit, de Canuet, qui, en se fondant sur l'hérédité des lésions cutanées, leur fréquence chez les sujets à tempérament nerveux, leur concordance avec les affections douloureuses viscérales, les névralgies, font des affections papuleuses de véritables névroses de la peau.

Bien que les travaux de ces anciens dermatologistes et de quelques auteurs tels que MM. Notta, Parrot, Axenfeld, Paget, etc., aient fait entrevoir l'action que joue le système nerveux dans la production des lésions cutanées, on peut dire que cette étude est de date toute récente.

Elle n'a commencé à être assise sur des bases solides que le jour

où l'école physiologique et anatomo-pathologique, avec MM. Brown-Séquard, Vulpian, Charcot, Weir Mitchell, Bœrensprung, Romberg, Wyss, etc., etc., eut démontré d'une façon irréfutable le rôle que joue le système nerveux sur la nutrition des tissus, sur celui de la peau en particulier.

Le temps n'est plus en effet où, avec M. Robin, on reléguait à un plan très éloigné l'influence du système nerveux sur la nutrition des éléments. Aussi cette opinion de M. Charcot que : « Rien n'est mieux établi en pathologie que l'existence des troubles trophiques consécutifs aux lésions des centres nerveux ou des nerfs », reçoit-elle tous les jours de nouveaux appuis. C'est, en un mot, après la démonstration du rôle trophique du système nerveux, qu'on a dû se demander si un certain nombre d'affections de la peau ne dépendent pas d'une lésion du système nerveux central ou périphérique.

Cette question de l'origine nerveuse des affections cutanées, reprise plus récemment par MM. Mougeot, Rendu, Couyba, Testut, etc., et il y a peu de temps par Lewin, Eulenburg, Auspitz, etc., est donc du plus haut intérêt, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Si les lésions cutanées qui succèdent aux affections traumatiques des centres nerveux ou des nerfs sont bien connues depuis les travaux de MM. Paget, Weir Mitchell, Morehaus et Keen, Brown-Séquard, Charcot, Vulpian; si certaines affections cutanées, en particulier les affections bulleuses que l'on rencontre dans le cours d'affections du système nerveux central ou périphérique, sont reliées parfois d'une façon indéniable à ces lésions du système nerveux, comme l'ont montré les travaux de MM. Parrot, Bœrensprung, Wyss, Charcot, Brown-Séquard, Vulpian, Romberg, Dumesnil, Hamilton, Leudet, Poncet (de Cluny), Duplay et Morat, etc., il est loin d'en être ainsi pour les affections dites génériques de la peau, pour les dermatoses vraies. Parmi celles-ci, il en est très peu, en effet, dont l'origine nerveuse puisse être affirmée incontestablement, bien que différentes raisons cliniques, sur lesquelles nous aurons à revenir, fassent présumer pour un certain nombre d'entre elles cette origine.

Cependant on peut dire également pour les dermatoses vraies, que beaucoup de points obscurs commencent à se dévoiler, et cet éclaircissement tient au progrès de l'anatomie pathologique cutanée, car les faits cliniques sur lesquels on peut s'appuyer pour songer à l'origine nerveuse de certaines dermatoses : troubles de la sensibilité, disposition topographique de certaines éruptions, symétrie de certaines affections cutanées, antécédents nerveux du sujet et circonstances étiologiques spéciales, peuvent évidemment, dans quelques cas, faire présumer l'origine nerveuse de certaines dermatoses; mais, dans la plupart des cas, l'anatomie pathologique seule permet d'affirmer cette pathogénie.

L'origine nerveuse du zona, par exemple, si longtemps méconnue par les dermatologistes anciens les plus éminents, semblait évidente, après les travaux cliniques de M. Parrot; elle n'a été réellement démontrée que le jour où MM. Bœrensprung, Charcot et Cotard, etc. en eurent fait la preuve anatomo-pathologique.

C'est donc, croyons-nous, l'étude précise des lésions du système ner-

veux central ou périphérique, chez les sujets atteints de dermatoses vraies, qui permettra de débrouiller ce chaos ; ce qu'elle a déjà fait pour quelques-unes d'entre elles.

Je me bornerai, dans cette revue, à étudier les affections cutanées dont l'origine nerveuse a été démontrée par des recherches anatomiques, véritable critérium de l'origine de l'affection, et je laisserai de côté celles dans lesquelles ces recherches n'ont pas été faites, bien que leur origine nerveuse puisse être supposée dans certains cas. Éliminant ainsi celles dont la preuve anatomique manque, je rapprocherai utilement des dermatoses que nous étudierons les lésions survenues à la suite des lésions traumatiques des centres nerveux ou des nerfs périphériques, car ces lésions chirurgicales sont, en somme, presque les seules démonstrations de physiologie pathologique que nous possédions sur le rôle du système nerveux par rapport à la production des affections cutanées.

En effet, les physiologistes ont institué sur le système nerveux les expériences les plus variées ; les centres nerveux et les nerfs périphériques ont été torturés de mille manières sans produire d'éruptions cutanées, comme le font remarquer MM. Vulpian, Weir Mitchell, Brown-Séquard, etc.

On a ainsi réussi quelquefois à déterminer, dans le territoire innervé par ces nerfs lésés, des troubles trophiques, tels que ulcérations et gangrènes ; jamais, et probablement à cause de la structure spéciale de la peau de ces animaux, dont la densité et les nombreux poils n'en font pas des sujets propres à ce genre d'expériences, on n'a obtenu d'éruption cutanée. Pour ma part, c'est en vain que dans un grand nombre d'expériences faites au laboratoire de M. Vulpian, soit seul, soit avec l'obligeant concours de M. Bochefontaine ou de M. Ch. Richet, j'ai irrité des nerfs de cent manières, soit en injectant dans leur épaisseur des liquides irritants, soit en pratiquant sur ces nerfs des ligatures, ou en les dilacérant au moyen d'aiguilles trempées préalablement dans ces substances irritantes, je n'ai jamais pu obtenir de troubles trophiques.

Ces lésions cutanées, succédant chez l'homme aux lésions traumatiques du système nerveux, constituent donc la partie critique expérimentale du sujet. Comme intermédiaires entre les dermatoses dites primitives et celles qui succèdent aux lésions traumatiques du système nerveux, nous avons celles qui se montrent dans le cours de lésions pathologiques du système nerveux central ou périphérique ; elles nous seront également d'un grand secours.

Nous étudierons donc les affections cutanées dans lesquelles on a constaté des lésions nerveuses, soit centrales, soit périphériques. (Jusqu'à une époque tout à fait récente, on s'était borné à étudier particulièrement dans les affections cutanées les lésions du système nerveux central. Cependant, outre que certaines affections cutanées dépendent probablement, dans certains cas, de lésions périphériques du système nerveux, il est bien des cas où, pour différentes causes qu'il est inutile d'énumérer ici, l'examen des nerfs périphériques peut seul être fait. Or, cet examen des nerfs périphériques suffit à lui seul, ainsi que je l'ai prouvé dans ma thèse (pages 16, 17 et suivantes), pour démontrer l'origine nerveuse des affections cutanées. On peut poser en principe absolu que les lésions nerveuses que l'on observe dans les dermatoses ne sont pas secondaires à l'affection cutanée, mais primitives.

Les dermatoses dans lesquelles on a constaté des lésions nerveuses sont : la lèpre, le zona, le mal perforant, certains cas de vitiligo, d'ichthyose, de pemphigus, d'ecthyma, de gangrènes cutanées, d'eczéma.

Je devrais joindre à cette liste une affection dont les rapports avec le syndrome nerveux étaient connus depuis longtemps, et dans laquelle le Dr Dejérine vient récemment de démontrer, le premier, des lésions des nerfs périphériques, je veux parler de la pellagre.

Je ne dirai rien ici du xanthélasma, cette affection si intéressante qu'a très bien décrite le Dr Chambard ; ni du myxœdème. On n'est pas encore bien fixé, malgré les travaux du Dr Chambard, sur l'état des nerfs dans le xanthélasma. Quant au myxœdème, cette affection d'un intérêt tout récent, on ne possède sur lui qu'une seule autopsie, dans laquelle William Ord aurait trouvé une sorte « d'encapuchonnement » ! des extrémités nerveuses par la substance mucoïde qui infiltre la peau.

Zona. — Longtemps considéré comme une sorte d'exanthème, et rangé comme tel parmi les affections érysipélateuses, le zona constitue actuellement le type de la dermatose d'origine trophique. La démonstration de l'origine nerveuse du zona a eu des conséquences cliniques et anatomo-pathologiques des plus importantes ; c'est elle en partie qui a attiré l'attention sur les affections cutanées d'origine trophique.

A M. Parrot revient l'honneur d'avoir indiqué, par une belle étude clinique, l'origine nerveuse du zona, en insistant sur ses rapports avec les névralgies ; rapports qui n'avaient été avant lui qu'insuffisamment signalés par Rayer, Notta, etc., etc., et qui furent précisés depuis par les recherches de MM. Charcot, Romberg, Axenfeld, Rouget, Hybord, Hebra, etc.

Toutefois, l'origine nerveuse du zona ne fut réellement démontrée d'une façon irréfutable que grâce aux travaux des anatomo-pathologistes. Dans toutes les observations de zona publiées jusqu'ici, dont l'examen anatomo-pathologique a été pratiqué d'une façon suffisante, on a toujours constaté des lésions nerveuses.

La première nécropsie de zona où l'on ait signalé des lésions nerveuses (comme le fait remarquer Bœrensprung dans son mémoire de 1861) est due à Danielsen. Il s'agit d'un malade atteint d'un zona intercostal, chez lequel, l'autopsie permit de reconnaître un gonflement notable des nerfs intercostaux correspondants, avec névrite interstitielle (constatée microscopiquement). L'examen des ganglions spinaux et des racines spinales ne fut pas pratiqué.

La deuxième observation appartient à Esmarch ; il s'agit d'un zona suivant le trajet du nerf sciatique. A l'autopsie, on constata une infiltration œdémateuse du nerf sciatique au niveau de l'échancrure.

Mais c'est à Bœrensprung que l'on doit réellement la démonstration anatomo-pathologique précise de l'origine nerveuse du zona. En 1868, cet auteur publia une observation anatomo-pathologique détaillée (l'autopsie fut pratiquée par Recklingausen) de zona intercostal. Malheureusement, cet examen fut pratiqué avant qu'on ne connût l'emploi de l'acide osmique en technique histologique.

En 1865, MM. Charcot et Cotard publièrent à la Société de biologie une observation importante de zona du cou, survenu à la suite d'un cancer de la colonne vertébrale. L'autopsie et l'examen microscopique,

pratiqués avec un soin minutieux, montrèrent que les ganglions spinaux étaient rouges, gonflés, et présentaient histologiquement tous les caractères de l'inflammation interstitielle ; les nerfs cervicaux émanés de ces ganglions étaient rouges, tuméfiés, et offraient également les lésions histologiques de la névrite interstitielle ; les tubes nerveux paraissaient sains (malheureusement, cet examen avait été pratiqué sans l'emploi de l'acide osmique).

Ces faits anatomo-pathologiques furent confirmés par les observations ultérieures, sur lesquelles nous n'avons pas à insister, de Wagner, Ollivier, Weidner, Sattler, Kaposi, Chandelux, etc. O. Wyss et Horner démontrèrent anatomo-pathologiquement l'origine nerveuse du zona ophtalmique.

Nous voyons donc que, cliniquement et anatomo-pathologiquement, l'origine nerveuse du zona est démontrée d'une façon absolue pour la plupart des cas au moins.

Mais, si l'origine nerveuse du zona est démontrée le plus souvent, il existe encore dans l'étude de cette affection bien des lacunes à combler, bien des recherches à faire.

Si la lésion des ganglions nerveux a été rencontrée dans la plupart des cas, même dans le zona ophtalmique (ganglion de Gasser), nos connaissances sur l'état des nerfs périphériques dans le zona sont très incomplètes et exigent de nouvelles recherches.

Cet examen des nerfs périphériques dans le zona présente une grande importance, car on ne peut plus actuellement affirmer, avec Bœrensprung, que le zona dépend toujours d'une lésion des ganglions spinaux. En effet, les considérations suivantes ne permettent pas d'admettre cette opinion : les zonas succédant aux lésions traumatiques ou autres des nerfs périphériques ne sont pas rares ; on possède un assez grand nombre d'observations de zonas survenus dans le cours de maladies de la moelle, en particulier dans les myélites centrales ou dans l'ataxie (or, jusqu'ici, les ganglions ont toujours été trouvés intacts dans cette dernière affection). D'autre part, comment expliquer avec l'hypothèse de Bœrensprung les troubles, moteurs (parésies, amyotrophies) parfois très persistants qui succèdent aux zonas ? Comment interpréter les zonas doubles, dont on peut rencontrer un assez grand nombre d'exemples dans la science ? Enfin, il existe des autopsies de zona où l'on n'a pu constater d'altérations du ganglion spinal (Werdner, Kaposi).

Une chose paraît étonnante et exige de nouvelles recherches ; comment expliquer que, dans les cas de zona où le ganglion spinal était altéré et considéré comme la cause de l'affection, les racines spinales postérieures étaient saines ? Comment interpréter ce fait, qui semble complètement en désaccord avec la théorie wallérienne ?

Comment expliquer aussi les cas où les nerfs intercostaux émanés des ganglions spinaux malades étaient sains, ou du moins où les tubes nerveux qu'ils contenaient paraissaient l'être ? Si l'examen des nerfs dans la plupart des cas est fort sujet à caution, ayant été pratiqué avant l'emploi de l'acide osmique, comment expliquer ce fait quand les nerfs intercostaux ont été examinés d'après les procédés récents par un histologiste habile comme M. Chandelux, et cela sous la direction de M. Renaut ? Remarquons toutefois que M. Chandelux n'est pas absolument affirmatif

sur l'état d'intégrité des tubes nerveux, et que la lecture de son observation à propos des nerfs intercostaux ne peut laisser que du doute dans l'esprit. De nouvelles recherches sont donc nécessaires avant de conclure qu'on se trouve en présence de cas en désaccord avec la théorie wallérienne.

En somme, il est démontré actuellement que le zona est presque toujours, si ce n'est toujours, une affection cutanée d'origine trophique, et qu'il peut se montrer à la suite des lésions diverses du système nerveux. On l'a rencontré dans le cours d'affections diverses du système nerveux ; il est rare dans les affections cérébrales, cependant MM. Oppolzer, Duncan, Payne, Charcot, Hesselink, Chvostek en ont publié des exemples ; il est beaucoup plus fréquent dans le cours des affections de la moelle, en particulier dans le cours de l'ataxie (Charcot, Vulpian, Liouville, Kaposi, etc.). Fait assez curieux, et qui semble au premier abord en contradiction avec ce que nous connaissons sur la physiologie de la moelle, on l'a signalé dans le cours de la paralysie spinale subaiguë (Charcot).

Le zona d'origine périphérique succédant, soit à une lésion des ganglions (Bœrensprung, Charcot, etc.), soit à une lésion des nerfs périphériques (Danielsen, Esmarch, Charcot, Rouget, Leudet, etc., etc.), soit même à une lésion portant uniquement sur les racines spinales postérieures entre la moelle et le ganglion (Werdner), est très fréquent.

Faut-il aller plus loin et ranger à côté du zona, comme affection trophique, les autres formes d'herpès ? Faut-il, avec Gerhardt, considérer l'herpès labialis comme provenant de la compression des branches du trijumeau dans les canaux osseux par les vaisseaux dilatés au moment de l'accès fébrile ?

On a actuellement de la tendance à admettre l'origine nerveuse des herpès en général, et mon collègue Bastard m'a dit que, dans son mémoire inédit sur l'herpès, il essayait de prouver l'origine nerveuse des différentes espèces d'herpès. Auspitz semble également partisan de cette opinion. Herzog fait de l'angine herpétique un zona du trijumeau dépendant d'une irritation du ganglion sphéno-platin. Leudet signale une variété d'herpès génital périodique qu'il propose de ranger dans le groupe des herpès zosters, à cause des névralgies périodiques qui le précèdent. Le Dr Bruneau semble également dans sa thèse disposé à admettre l'origine nerveuse de certains herpès génitaux chez la femme.

Cette théorie est séduisante au premier abord, mais elle attend encore sa démonstration anatomo-pathologique.

A ce propos, il me semble opportun de rappeler que M. le professeur Verneuil a publié une observation d'herpès préputial chronique guéri par l'ablation du prépuce, où l'on constata histologiquement des névromes cylindriques plexiformes des filets nerveux terminaux.

Lèpre. — Nous savons que l'on distingue trois formes de lèpre : tuberculeuse, anesthésique et maculeuse. Cette dernière forme de lèpre, qui coïncide très souvent avec la lèpre anesthésique, mais qui s'en distingue nettement, est d'ailleurs encore bien connue. Certains auteurs, Neumann, etc., semblent confondre avec cette dernière forme la morphea alba ou chéloïde d'Addison, et les médecins mexicains désignent sous ce nom une forme spéciale de lèpre qui, par ses symptômes, se rapproche

assez de l'affection présentée par la jeune fille dont j'ai publié l'observation dans ma thèse (obs. XXX), à propos des gangrènes cutanées, forme encore à peine décrite par les auteurs euporéens, et pour l'étude de laquelle je conseille de lire la brochure de Lucio et Alvarado.

D'ailleurs, ces différentes formes de lèpre s'observent très souvent simultanément ou consécutivement chez le même sujet, et l'on peut dire sans hésiter que la lèpre, malgré ses allures et ses aspects si divers, est probablement unique dans sa nature.

Un des caractères les plus importants de la lèpre consiste dans l'altération profonde de la sensibilité cutanée (anesthésie et hyperesthésie dans certains cas). Il n'est pas d'affection de la peau où les troubles de la sensibilité soient aussi prononcés qu'ils le sont dans la lèpre. Ces troubles de la sensibilité sont, comme Virchow l'a démontré le premier, sous la dépendance d'une altération considérable des nerfs périphériques (endonévrite amenant une destruction lente des tubes nerveux). D'ailleurs, non seulement les nerfs cutanés, mais encore les nerfs périphériques, à une grande distance de leurs expansions ultimes, présentent souvent, ainsi qu'on peut le constater pendant la vie, lorsqu'ils sont superficiels, des tuméfactions fusiformes sur leur trajet. Les lésions signalées par Virchow ont été vérifiées depuis par d'autres auteurs, par Carter, dans l'Inde, par Bergman, Lamblin, Neumann, G. Simon, etc. Carter a montré d'ailleurs que, dans un grand nombre de cas, les lésions siégeant à la partie interne de la main et des derniers doigts, coïncidaient avec une augmentation de volume du nerf cubital, qui était en même temps devenu plus sensible à la pression. Telles sont les lésions des nerfs périphériques décrites dans la lèpre ; elles sont incontestables, et paraissent avoir été démontrées d'une façon constante dans les différents cas de lèpre dont l'examen histologique a été pratiqué d'une façon sérieuse.

Danielsen et Bœck, les premiers, ont signalé des altérations de la moelle et de ses enveloppes (scléroses et méningites, consistance plus dense de la moelle avec atrophie, aspect jaune sale de la substance grise et raréfaction des cellules ganglionnaires).

Dans certains cas, l'atrophie était si marquée que la moelle n'était pas plus grosse qu'un crayon. Les mêmes auteurs ont également rencontré dans l'encéphale, surtout au niveau de l'origine des nerfs crâniens, les exsudations méningitiques dont ils ont constaté la fréquence assez grande au niveau de la partie postérieure de la moelle. Steudner, vingt ans après, décrivit dans un cas de lèpre mutilante une altération considérable (transformation colloïde) de la substance grise de la moelle, surtout dans les cornes postérieures et la connaissance correspondante. Neumann aurait trouvé également des altérations colloïdes des vaisseaux de la moelle épinière et de la substance grise. Langhans aurait constaté, outre le ramollissement des cornes postérieures et de la commissure grise, un ramollissement des colonnes de Clarke. Ces lésions siégeaient surtout dans la moelle cervicale et dorsale supérieure. La substance médullaire entourant ces foyers de ramollissement était infiltrée de cellules embryonnaires, comme dans la myélite. Les cordons postérieurs et latéraux présentaient un aspect grisâtre et une consistance plus dense, surtout dans la moelle cervicale.

Tout récemment, Tschirjew, sur une moelle de lépreux examiné

après 4 ans de durcissement, décrivit à la région cervicale, dans les substances grise et blanche, et surtout dans la substance gélatineuse des cornes postérieures, de petits corps allongés et se colorant fortement par la purpurine et l'hématoxyline, une injection des veines médullaires, de petites hémorragies siégeant dans la partie antérieure de la corne postérieure gauche. Les gaines lymphatiques des vaisseaux, en particulier des vaisseaux centraux, étaient plus ou moins épaissies et infiltrées de cellules lymphatiques. Les cornes antérieures ne montraient aucune altération appréciable. Dans les cornes postérieures, on pouvait constater une diminution dans le nombre des cellules qui étaient plus ou moins altérées : disparition des prolongements, limites moins nettes, réduction du protoplasma de la cellule, mais conservation du noyau et du nucléole. Par places, la substance grise elle-même des cornes postérieures ne présentait aucune trace d'organisation et était transformée en une masse plus ou moins opaque, granuleuse, plus colorée que la substance saine. Toutes ces lésions étaient assez symétriques. Les racines spinales étaient saines.

Les altérations médullaires décrites dans la lèpre par les auteurs précédents, peuvent, dans certains cas, du reste, être soupçonnées cliniquement par suite de la présence de phénomènes spinaux (atrophie musculaire progressive, phénomènes ataxiques, etc.) présentés par quelques lépreux, comme l'ont montré Danielsen et Bœck, Durand-Fardel, Carter, Lamblin, Vallin, Breuer, Rosenthal, etc.

Si l'existence de névrites périphériques dans les nerfs de lépreux est aujourd'hui admise par tout le monde, il n'en est pas de même pour les lésions du sytème nerveux central que l'on peut rencontrer chez ces malades. Dans les cas avec autopsies positives que j'ai rapportés plus haut, on trouve des altérations de la moelle et en particulier de la substance grise spinale. Mais, il existe un certain nombre d'observations avec autopsie, où l'examen histologique pratiqué avec toute la rigueur désirable, n'a révélé aucune altération médullaire ; tels sont les cas de Danielsen et Bœck, de Grancher, de Leyden, et celui que j'ai publié récemment dans les *Archives de physiologie* en commun avec le Dr Déjerine, dans lesquels la moelle ne présentait aucune espèce d'altérations.

L'existence de ces faits négatifs prouve que, jusqu'ici du moins, il est difficile d'édifier une théorie sur l'origine centrale de la lèpre. En effet, les lésions médullaires sont inconstantes et, lorsqu'elles existent, on pourrait se demander si elles sont primitives ou si elles ne sont pas la conséquence de l'altération des nerfs périphériques. J'ai démontré récemment, avec le Dr Déjerine, que l'on n'a pas accordé à la névrite parenchymateuse l'importance qu'elle mérite dans la pathogénie de la lèpre, que cette névrite parenchymateuse ne paraît pas être uniquement sous la dépendance de la névrite interstitielle, que peut-être même cette névrite interstitielle n'est que la conséquence de la névrite parenchymateuse ; que la constance de la névrite périphérique, l'inconstance des lésions médullaires dans la lèpre doivent porter à admettre (dans l'état actuel de la science, du moins) l'existence de *névrites périphériques primitives* dans cette affection.

Il faut encore remarquer que, dans tous les examens de moelle

de lépreux publiés depuis quelques années, les racines spinales postérieures ont été constamment trouvées saines. C'est là un point de la question qui présente une importance considérable, car, dans aucun de ces cas, l'examen des racines postérieures n'a été pratiqué à l'état frais avec les procédés de la technique histologique actuelle (acide osmique, etc.). Or, tant que ce desideratum ne sera pas comblé, il paraît impossible d'émettre une opinion quelconque sur la nature des lésions du système nerveux central dans la lèpre en s'appuyant sur des bases sérieuses. Car cette soi-disant intégrité des racines postérieures, que l'on n'a d'ailleurs aucune raison de récuser, mais qui ne paraît pas suffisamment établie, ne peut en aucune façon s'accorder avec une lésion du système spinal postérieur primitive ou secondaire. En effet, si l'on part des autopsies positives (lésions médullaires) pour admettre l'origine centrale de la lèpre, on est arrêté immédiatement par cette intégrité des racines postérieures, car il est difficile de concevoir une lésion spinale postérieure déterminant des altérations des nerfs périphériques, sans que les racines postérieures participent au processus morbide. Si l'on admet, au contraire, que ces lésions des nerfs périphériques sont primitives à l'altération de la moelle qui leur serait consécutive (par un processus de névrite ascendante ou autre), on est encore arrêté par les mêmes difficultés. Enfin, les altérations de la moelle ne sont pas constantes, et jusqu'ici on n'a pas encore publié un seul cas d'examen des ganglions spinaux, dont les altérations dans la lèpre sont douteuses, si l'on admet la soi-disant intégrité des racines postérieures. La question est du reste plus compliquée qu'elle ne le paraît. Des micro-organismes ont été rencontrés dans la ligne par Hansen, Cornil, etc. Ces résultats ne tendraient à rien moins qu'à faire ranger la lèpre parmi les maladies contagieuses. — Si cette origine parasitaire de la lèpre était démontrée d'une façon absolue, on pourrait peut-être interpréter la diversité des lésions du système nerveux observées dans la lèpre en y mettant l'hypothèse suivante : les parasites en se portant de préférence, tantôt sur les nerfs périphériques seulement, tantôt également sur les centres nerveux, produiraient, tantôt seulement des névrites périphériques, tantôt au contraire, entre ces névrites périphériques, des altérations diverses des centres nerveux. Mais cette théorie de l'action locale des virus sur les différentes parties du système nerveux, bien que défendue d'une façon séduisante, par M. le Dr Landouzy, dans sa thèse d'agrégation de 1880 à propos des paralysies survenant dans le cours des maladies aiguës, et adoptée récemment par Meyer à propos des paralysies diphtéritiques (*Archiv f. path. Anat.*, 1880), nous paraît attendre sa confirmation, pour la lèpre, tout au moins. Toutefois cette hypothèse me paraît devoir être émise ici, car elle rendrait parfaitement compte de la diversité des lésions nerveuses observées dans la lèpre (et peut-être dans d'autres affections cutanées d'origine nerveuse), et des divergences apparentes des observations anatomo-pathologiques.

Mal perforant. — Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour considérer la plupart, si ce n'est la totalité des maux perforants, comme des ulcérations d'origine trophique, tout en reconnaissant que différentes causes adjuvantes jouent un certain rôle dans la production de cette affection.

Ce fut M. Poncet, de Cluny, qui attira l'attention sur l'origine nerveuse du mal perforant, en faisant remarquer que, chez les lépreux, on rencontre souvent des ulcérations du pied analogues au mal perforant. Mais il n'alla pas, comme Estländer, considérer tous les maux perforants comme dus à la lèpre et représentant les derniers vestiges de cette maladie dans nos climats.

En 1872, M. Poncet décrivit le premier l'état des nerfs dans un cas de mal perforant. Le tissu conjonctif des nerfs était épaissi, les fibres nerveuses atrophiées, et il existait une prolifération nucléaire considérable. Mais l'examen de M. Poncet était incomplet, car il n'avait pas employé l'acide osmique comme méthode d'investigation.

MM. Duplay et Morat, dans un travail devenu désormais classique, prouvèrent d'une façon péremptoire, en se fondant sur des examens anatomo-pathologiques précis des nerfs dans 6 cas de maux perforants, et en employant la technique nécessaire (acide osmique, etc.), l'origine nerveuse du mal plantaire. Ils démontrèrent ainsi que les lésions nerveuses qui président au mal perforant sont celles d'une névrite dégénérative atrophique absolument analogue à celle que l'on rencontre dans le bout périphérique d'un nerf sectionné, et que cette lésion dégénérative pouvait tenir à des causes diverses. Ils considèrent la névrite interstitielle que l'on rencontre dans les maux perforants, et à laquelle d'autres auteurs firent ultérieurement jouer un rôle prépondérant (Michaud, Sonnenburg, W.-S. Savory et H.-T. Butlin, etc.) comme secondaire à la névrite dégénérative atrophique.

Cette opinion de MM. Duplay et Morat se rapproche de celle que j'ai défendue avec le Dr Déjerine, dans notre mémoire sur certains cas de gangrène d'origine trophique et sur la lèpre anesthésique.

De nombreuses observations anatomo-pathologiques, parues dans différents pays, vinrent confirmer les recherches de MM. Poncet, Duplay et Morat. Tels sont les faits de Mazzoni, Fischer, Paul Bruns, Sonnenburg, Michaud, Savory et Butlin, Pietro Conti, etc., etc.

Ainsi furent peu à peu abandonnées les théories qui admettaient comme cause unique du mal perforant : soit l'athérome (Péan, Delsol, Dolbeau, Montaigne, Lucain), soit une simple compression ou inflammation (Leplat, Larrey, Sédillot, Desprès, Gosselin, Pitha et Billroth). Quant à la théorie de Schæmaker, qui voulait faire de la plupart des maux per rants des épithéliomas, elle ne repose sur aucun fait. Les auteurs de thèses récentes, même inspirées par les maîtres non partisans de l'origine nerveuse du mal perforant (Soulages, Butruilles), tout en essayant de concilier les diverses théories, ont tenu grand compte du rôle que joue le système nerveux dans la production de cette affection.

Ainsi donc, actuellement, l'origine nerveuse du mal perforant (sans rejeter toutefois certaines circonstances accessoires : compression, inflammation, athérome, etc.) se trouve démontrée d'une façon irréfutable. Les ulcérations du mal plantaire, comme l'ont indiqué MM. Duplay et Morat, peuvent succéder, tantôt à des altérations des extrémités nerveuses, tantôt à des lésions des gros troncs nerveux ou des ganglions spinaux, tantôt enfin à des altérations de la moelle épinière elle-même.

Une catégorie intéressante de maux perforants, sur laquelle M. Hanot a récemment insisté avec raison, est celle que l'on rencontre dans l'ataxie.

Les observations de maux perforants survenus dans le cours de l'ataxie ne sont plus rares actuellement.

Pemphigus. — Diverses raisons tirées de la clinique pouvaient faire présumer l'origine nerveuse du pemphigus. Comme l'ont montré les observations de Paget, de Romberg, de Mougeot, de Charcot, de Weir Mitchell, de Couyba, de Porson, d'Hayem, de Richelot, de Earl, de Wigglesworth, de Sander, de Testut, de Bibber, d'Avezou, de Leudet, et celles que j'ai publiées dans ma thèse, etc., les lésions des nerfs périphériques sont assez fréquemment accompagnées d'éruptions bulleuses qui se développent très rapidement et reparaissent de temps à autre sur divers points du tégument correspondant à la distribution du nerf lésé.

MM. Brown-Séquard, Charcot, Vulpian, Grimshaw, Couyba, Dujardin-Beaumetz, Gaillard, Mayet, Chvostek, etc., etc., ont publié un assez grand nombre d'observations de pemphigus survenus à la suite de myélites ou de méningo-myélites aiguës ou chroniques.

On voit quelquefois des éruptions pemphigoïdes se montrer à la suite de lésions encéphaliques. Tels sont les cas de pemphigus survenu chez les hémiplégiques publiés par Romberg, Hesselink (cité par Eulenburg, Rendu, Chvostek, Brissaud, etc.). Il survient parfois des éruptions pemphigoïdes dans le cours d'affections diverses du système nerveux (névroses, folies, etc., etc.). Tout récemment, le Dr Mermet a publié une thèse intéressante sur le pemphigus dans les névroses. Franck avait d'ailleurs déjà signalé le pemphigus dans l'hystérie; Martins, Schulze, Gignoux, Gailleton, Pick, Hébra publient des observations très importantes en faveur de l'origine nerveuse du pemphigus dit hystérique. Fèvre dit que l'on observe souvent le pemphigus dans la folie. Yehn relate dans des cas de manie aiguë rapidement terminée par la mort et accompagnée d'anesthésie et de troubles vaso-moteurs, la formation de bulles nombreuses à la face dorsale des mains et des pieds; bulles à contenu clair, parfois sanguinolent, qui s'accompagnent souvent de gangrène spontanée de la peau et d'abaissement de température dans certaines régions cutanées.

On pourrait multiplier ces faits cliniques; je rappellerai seulement que l'on a invoqué encore en faveur de l'origine nerveuse du pemphigus ce fait qu'il se montre des bulles de pemphigus dans l'acrodynie (Miramont, Hervez de Chégoin), dans la pellagre (Roussel), dans la lèpre (pemphigus lépreux de Danielsen et Bœck et de Neumann); que le décubitus acutus est fréquemment précédé de bulles de pemphigus; que les malades atteints d'éruptions pemphigoïdes sont souvent des sujets nerveux, asthmatiques, migraineux; que le pemphigus se rapproche beaucoup comme aspect du zona, et que l'on voit parfois le zona se transformer en pemphigus (Moers, chez un enfant de 14 ans, a vu le zona se transformer nettement en pemphigus).

Notons enfin la symétrie fréquente des bulles de pemphigus, les perturbations profondes de la sensibilité cutanée, en particulier dans le pemphigus à petites bulles, et sur lesquelles M. Rendu a tant insisté dans son mémoire déjà cité; les ulcérations oculaires, rappelant d'une façon frappante celles que l'on rencontre chez certains malades atteints d'éléphantiasis des Grecs (White-Cooper, Wecker, Hardy).

Les différentes considérations cliniques précitées pouvaient faire pré-

sumer, dans certains cas, l'origine nerveuse du pemphigus. Les recherches des anatomo-pathologistes sont venues confirmer cette opinion. Le Dr Déjerine a publié le premier, en 1876, dans les *Archives de physiologie*, une observation ainsi intitulée : Paralysie générale, troubles trophiques cutanés (pemphigus, lésions de la moelle et des extrémités nerveuses périphériques, névrite parenchymateuse des nerfs cutanés). Ce fait de Déjerine a été confirmé tout récemment par Jarisch, qui, chez une femme atteinte d'une affection cutanée que l'auteur nomme herpès iris (Hébra n'admet pas le pemphigus aigu) a trouvé à l'autopsie une altération profonde des cellules des parties centrales, postérieures et latérales de la moelle. J'ai dernièrement publié dans ma thèse une observation que je dois à l'obligeance de M. le Dr Quinquaud (observation XV), et qui peut se résumer ainsi : myélite dorsale, hémiparaplégie, éruption des bulles le long du trajet des nerfs intercostaux, névrite parenchymateuse des nerfs phériphériques.

Telles sont les preuves anatomo-pathologiques de l'origine nerveuse de certains cas de pemphigus aigu. J'ai pour ma part, grâce à l'obligeance de M. le Dr Vidal, pu constater l'altération des nerfs périphériques dans un cas de pemphigus diutinus datant de plusieurs années. Cette étude a fait l'objet d'une note publiée à la Société de biologie en 1881, en commun avec mon collègue Brocq, et l'observation a été publiée in-extenso dans ma thèse (observation XXVI).

En octobre 1879, M. Quinquaud a publié à la Société anatomique une note sur la dermite aiguë grave primitive dont il essaie de faire un type distinct, voisin cependant de cette affection composée de formes disparates, la dermite exfoliatrice. Dans plusieurs observations, M. Quinquaud a pu constater au niveau des nerfs intercostaux, des nerfs sciatiques et des nerfs cutanés, une névrite parenchymateuse des plus nettes; dans la moelle, des signes de myélite diffuse. M. Lancereaux a publié dans son *Traité d'anatomie pathologique* une belle observation avec planche de dermite exfoliatrice consécutive à une altération des centres nerveux. A ces faits je joindrai les observations de J. Hutchinson, de Buchanan Baxter, d'Allan Jamieson, qui considèrent la dermite exfoliatrice comme dépendant surtout d'une altération du système nerveux, de la moelle et du grand sympathique en particulier.

Ecthyma. — Bien que l'ecthyma se montre le plus souvent dans des conditions qui ne doivent guère faire songer à son origine nerveuse, il existe toutefois des faits cliniques qui auraient pu permettre de présumer l'origine nerveuse de cette affection, dans certains cas du moins.

Parfois, en effet, on voit des éruptions ecthymateuses se montrer à la suite de lésions des nerfs. Mais ce genre d'éruptions est beaucoup plus rare à la suite des lésions traumatiques des nerfs que les éruptions bulleuses. Fischer (de Boston) signale des poussées d'ecthyma à la suite de l'irritation des nerfs périphériques. Wigglesworth publie deux observations de lésions du nerf médian avec formation de bulles et de pustules dans le territoire de distribution de ce nerf. Axenfeld dit que l'on voit dans certains cas des éruptions pustuleuses de la peau se former au niveau des parties endolories. Testut signale le cas d'un malade atteint de sciatique « chez lequel un accès plus violent qu'à l'ordinaire avait amené, à la face postérieure de la cuisse et à la saillie du mollet du côté corres-

pondant, une douzaine de pustules ». J'ai observé en 1881, dans le service de M. Vulpian, un malade atteint de névralgie du trijumeau du côté gauche, accompagnée de rougeur et de dilatation variqueuse des vaisseaux de ce côté, chez lequel plusieurs fois, après les attaques, on a vu survenir de petites pustules sur le nez du côté correspondant.

On rencontre aussi parfois des pustules d'ecthyma en rapport avec les lésions de la moelle (comme le prouvent ces faits : qu'elles sont précédées ou accompagnées de douleurs fulgurantes ; qu'elles se montrent uniquement du côté où existent ces douleurs fulgurantes ; que dans certains cas elles suivent nettement le trajet des nerfs), ainsi que le dit M. Vulpian dans son livre sur les maladies de la moelle. M. Charcot rapporte le cas d'une femme ataxique, atteinte de douleurs fulgurantes des plus violentes, à la suite desquelles on vit paraître sur les parties correspondantes à la peau des pustules d'ecthyma très nombreuses, dont quelques-unes devinrent le point de départ d'ulcérations profondes. De plus, il se produisit en même temps une eschare sur la fesse droite. Dans un autre accès, les douleurs fulgurantes suivirent la direction de la branche verticale du saphène interne gauche, et une éruption pustuleuse se produisit bientôt sur la peau des régions où se distribue ce nerf. Testut, à la page 103 de sa thèse, observation 72, rapporte une observation ainsi intitulée : Myélite chronique, douleurs fulgurantes à la région lombaire, éruptions pustuleuses et papuleuses symétriques des membres. On trouvera dans la thèse de Couyba une observation d'ecthyma du membre inférieur, suite de lésions traumatiques de la moelle.

J'ai publié dans ma thèse l'observation d'une malade du service de M. Vulpian, observation qui peut se résumer ainsi : ataxie locomotrice, poussées de pustules d'echtyma survenant à la suite de chaque accès de douleurs fulgurantes, du même côté que ces douleurs fulgurantes. Des pustules d'ecthyma peuvent enfin se montrer quelquefois à la suite d'affections encéphaliques.

Les faits précédents montrent que dans quelques cas l'origine nerveuse de certaines éruptions d'ecthyma peut être présumée au même titre que pour certaines éruptions bulleuses, mais que toutefois la démonstration anatomo-pathologique de cette origine était nécessaire. J'en ai, je crois, fourni la preuve en publiant, en 1880, à la Société de biologie, et dernièrement dans ma thèse, page 79 et suivantes, des observations qui montrent que dans certains cas l'ecthyma est en relation avec des altérations des nerfs cutanés périphériques (névrite parenchymateuse), et que dans certains cas cette éruption cutanée est de plus en rapport avec une lésion des racines postérieures et des cordons postérieurs.

Vitiligo. L'étiologie et la pathologie du vitiligo sont entourées de la plus grande obscurité. Toutefois, un examen attentif permettra d'établir dans beaucoup d'observations de vitiligo un rapport important entre la dystrophie pigmentaire et des affections diverses du système nerveux. Tout le monde connaît l'influence des émotions morales vives sur la production du vitiligo, en particulier sur le vitiligo des poils (canitie), et le Dr Chabrier, dans sa thèse sur le vitiligo, en rapporte des exemples fameux. Alibert, Rayer, etc. relatent des cas bien nets de vitiligo survenus à la suite d'émotions morales. Le vitiligo se rencontrerait fréquemment chez les aliénés (Adrien Fèvre, Beigel, Morselli, O. Wyss, etc.).

Des plaques de vitiligo ont été observées assez fréquemment chez des malades atteints d'affections diverses de la moelle : ataxie, etc. Duncan Bulkley insiste sur la fréquence du vitiligo chez les ataxiques. M. Debove m'a dit récemment avoir assez souvent constaté cette coïncidence, et enfin le Dr Barthélemy aurait, chez un assez grand nombre d'ataxiques du service de M. le professeur Fournier, remarqué la présence de taches de vitiligo. J'ai publié dans ma thèse, pages 35 et 38, des observations de vitiligo survenu dans le cours d'affections chroniques de la moelle. On a signalé des plaques de vitiligo dans le cours de lésions encéphaliques ; tel est le cas rapporté par MM. Bourneville et Poirier, dans le *Progrès médical* de 1879.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations de vitiligo survenu à la suite d'affections périphériques. Eulenburg signale des plaques de vitiligo, ou mieux des lignes vitiligineuses survenues à la suite de traumatismes des nerfs du plexus brachial, et paraissant suivre la distribution de ces nerfs. O. Wyss rapporte le cas d'un enfant de six ans atteint d'albinisme partiel localisé au côté droit de la face, sur les régions innervées par la seconde branche du trijumeau. J'ai publié dans ma thèse (obs. IV), une observation que je dois à l'obligeance de M. le Dr Duguet, de vitiligo de la face ayant succédé à une névralgie du trijumeau. M. Parrot avait d'ailleurs déjà insisté, en 1869, sur les rapports qui existent entre des troubles nerveux névralgiques et l'apparition de taches pigmentaires. Couyba rapporte un cas de pigmentation anormale se produisant le long du nerf cubital et du nerf médian lésés. MM. Duplay et Morat insistent sur la pigmentation anormale de la peau au voisinage des ulcères trophiques qu'ils ont si bien étudiés. On trouvera des observations analogues de troubles pigmentaires à la suite de lésions des nerfs périphériques dans la thèse de Germain, dans la thèse d'agrégation de Tédenat. Caradec rapporte l'observation d'un homme qui vit se développer sur le saphène interne une trentaine de petits névromes; quelques jours après apparut une ligne pigmentée correspondant exactement au trajet du saphène interne; sur cette ligne, les poils étaient plus abondants, beaucoup plus courts, plus friables et plus blancs, et la température marquait deux degrés de plus que du côté opposé. Duménil a signalé des altérations pigmentaires dans le cours de la névrite chronique succédant à l'intoxication par l'oxyde de carbone. Ces faits, auxquels, comme le dit très bien Arnozan, il serait facile d'en ajouter beaucoup d'autres, prouvent qu'une lésion nerveuse peut déterminer, dans des conditions qui sont d'ailleurs peu connues, des troubles dans la formation ou dans la répartition du pigment. Un des types les plus remarquables est la maladie d'Addison. Eulenburg et Guttmann résument dix-neuf observations dans lesquelles on a nettement trouvé à l'autopsie des lésions variées du plexus solaire, des ganglions semi-lunaires, du tronc, des ganglions ou des filets du grand sympathique, lésions accompagnant ou non des lésions semblables dans les capsules surrénales. Comme le fait remarquer Trumet de Fontarces, ces dix-neuf cas ont une importance d'autant plus grande que, dans les 150 autopsies de maladie bronzée faites jusqu'en 1872, le sympathique n'a été examiné que dans 29 cas. Mais il faut noter que dans les 10 autres cas l'examen du grand sympathique n'a permis de constater aucune altération. D'ailleurs, tout récemment, F. Marchand a publié une

observation assez complète d'altération du sympathique sans maladie d'Addison.

Pour en finir avec les rapports qui semblent exister entre le système nerveux et le pigment cutané, rappelons les nævi pigmentaires de Th. Simon; rappelons enfin les expériences intéressantes de Hering, de Goltz, et surtout de M. Vulpian sur les cellules pigmentaires de la peau de la grenouille, de M. Pouchet sur divers poissons, de M. P. Bert sur le caméléon.

Le vitiligo coïncide souvent avec la maladie d'Addison, avec la sclérodermie (citons particulièrement les cas présentés par MM. Féréol, Blachez et Vidal à la Société médicale des hôpitaux) avec le goitre exophtalmique (thèse de Raynaud, de Rolland, cas de Dujardin-Beaumetz, de Friedreich); avec la morphée, qui n'est d'ailleurs qu'une sorte de sclérodermie, comme le dit Gaskoin (1); avec la pelade, laquelle, on le sait, serait pour les auteurs allemands d'origine uniquement nerveuse (voir à ce sujet l'excellente Revue de mon ami le Dr Merklen dans les *Annales de Dermatologie* 1880, Pincus, Kaposi et la note de MM. Besnier et Doyon). Rappelons encore la coïncidence fréquente des troubles pigmentaires avec la tropho-névrose faciale. Notons enfin la symétrie fréquente des taches de vitiligo, dont les anciens dermatologistes et les docteurs Simon, Beigel, Chabrier, Féréol, etc., rapportent des observations des plus nettes. Il est à noter qu'il est très rare de constater des troubles de la sensibilité dans le vitiligo ; mais, en revanche, les fonctions sudorifiques de la peau semblent assez souvent profondément altérées.

Ces différentes raisons tirées de la clinique ne permettent pas de présumer l'origine nerveuse du vitiligo ; je crois l'avoir démontré anatomopathologiquement (Académie des sciences 1879 et dans ma thèse, page 48 et suivantes) en montrant que certains cas de vitiligo sont en rapport avec des altérations des plus nettes des nerfs périphériques (névrite dite parenchymateuse). Tout récemment le docteur Déjerine est venu confirmer ces faits en publiant à la Société anatomique (janvier 1881) un cas de vitiligo avec lésions très prononcées des nerfs cutanés.

Ichthyose. — Les causes de l'ichthyose sont encore entourées de la plus grande obscurité, et je ne sache pas que des lésions nerveuses aient été décrites dans cette affection. Toutefois, différentes observations cliniques avaient depuis assez longtemps fait présumer l'origine nerveuse de certaines ichthyoses. On sait en effet qu'à la suite de lésions traumatiques des nerfs périphériques, la peau peut prendre l'aspect ichthyosique. « Il semble, dit Arnozan dans sa thèse d'agrégation, que cet état ichthyosique appartienne aux névrites à marche lente. » Hunter, E. Home, Weir Mitchell ont fréquemment cité l'état ichthyosique de la peau à la suite de la section des nerfs. Eulenburg rapporte un cas où la compression de plusieurs branches du plexus brachial produisit un état ichthyosique très prononcé du membre supérieur. M. Duplay, dans son mémoire sur la périarthrite de l'épaule, signale l'état ichthyosique de la main à la suite

(1) D'ailleurs, ainsi que Radcliffe Crocker l'a démontré dans un très bon travail, l'histologie montre que la morphée n'est qu'une sclérodermie superficielle, localisée en quelque sorte à la couche papillaire de la peau. Par conséquent, il semble qu'au point de vue anatomo-pathologique on pourrait classer de la façon suivante les trois maladies précitées, par rapport à l'intensité du processus : sclérodermie, morphée, vitiligo.

de l'inflammation des nerfs périarticulaires. Schiefferdecker, Fischer, ont signalé des états ichthyosiques des plus nets de la peau dans le trajet de distribution des nerfs irrités. MM. Duplay et Morat, dans le mal perforant, Germain, Tédenat, à propos des troubles trophiques qui se montrent à la suite de gelures anciennes, signalent des états ichthyosiques très prononcés de la peau. On observe assez souvent l'état ichthyosique de la peau sur les membres inférieurs des malades atteints de myélite chronique, en particulier des paraplégiques. J'en ai publié dans ma thèse deux observations des plus nettes (observ. XI et XII) que je dois à M. le Dr Lancereaux.

On voit parfois l'ichthyose coïncider avec l'asthme (Gaskoin), avec les migraines, avec le vitiligo (Kaposi, etc.), avec le pemphigus.

Notons enfin l'absence de sueurs dans l'ichthyose, et rappelons l'analogie qui existe comme aspect entre la peau d'un malade atteint d'érythème pellagreux et celle d'un sujet ichthyosique (ichthyose serpentine).

Une variété d'ichthyose qui semble avoir une certaine importance au point de vue de la présomption de l'origine nerveuse de cette affection, dans quelques cas, ce sont les ichthyoses locales : « L'icthyose, dit M. Hardy, n'est pas toujours généralisée ; assez souvent elle est circonscrite à une région ou à plusieurs régions voisines ; quelquefois même elle n'occupe qu'une étendue très restreinte. J'ai eu occasion d'observer un assez grand nombre de ces ichthyoses locales qui ont été à peine mentionnées par les auteurs et qui donnent lieu fréquemment à des erreurs de diagnostic. Je crois d'autant plus important de signaler cette variété qu'elle est peu connue. Elle est caractérisée, d'ailleurs, par une coloration rouge plus ou moins foncée de la peau et toujours circonscrite, exactement limitée, parfaitement symétrique des deux côtés du corps. » Depuis quelque temps, des dermatologistes allemands, anglais et américains ont publié un certain nombre d'observations d'ichthyoses partielles qui, par leur aspect et leur mode de distribution, devaient faire présumer leur origine nerveuse. Elles offrent une certaine analogie avec les plaques congénitales pigmentaires et papillomateuses situées sur le trajet de nerfs, avec les *nævi uni-lateralis*, dont Bœrensprung a donné le premier une description si exacte, et qu'il a rattachés à une lésion nerveuse dépendant d'une altération congénitale des ganglions spinaux, sans preuve anatomo-pathologique, d'ailleurs. Ces nævi auxquels Th. Simon a donné le nom de nævus nerveux, sont caractérisés par la présence sur la peau d'une plus ou moins grande quantité de papillomes ou de taches plus moins pigmentées, plus ou moins cornées, toujours limitées à un côté du corps, ne dépassant jamais la ligne médiane et suivant la distribution des nerfs cutanés. Th. Simon, Arendt, Thompson, Gerhardt, Neumann, Hardaway, Steph. Mackenzie en rapportent des exemples remarquables qu'ils rattachent à une origine nerveuse.

Déjà MM. Hebra et Kaposi avaient remarqué que « certaines tumeurs congénitales pigmentaires et papillomateuses présentent un rapport indéniable avec le trajet des nerfs cutanés. Ceci s'applique également à la forme papillomateuse de l'ichthyose hystrix. » Duckworth, Crocker et Tilbury Fox, J.-B. Connel, Crocker, Curtis sont venus confirmer cette opinion en publiant des observations intéressantes d'ichthyose partielle qu'ils considèrent comme d'origine nerveuse. Tout récemment enfin,

M. Kaposi dit, à propos de l'ichthyose : « Dans ces cas, outre les manifestations de l'ichthyose simple, on trouve à la paume des mains et à la plante des pieds des callosités épaisses, diffuses, en forme de têtes de clous, mais surtout, et c'est ce qui les caractérise, des verrues cornées, nombreuses, confluentes, suivant souvent le trajet des nerfs. On serait, pour cette raison, tenté de considérer l'affection comme un papillome d'origine nerveuse occupant plusieurs régions du corps, et cela d'autant plus que ces saillies sont pigmentées à la manière de ce dernier. » Je ferai remarquer de plus qu'il existe une assez grande ressemblance histologique entre une coupe d'ichthyose et une coupe de papillomes cutanés petits et en nappe.

Nous voyons que ces divers faits cliniques pouvaient permettre de supposer l'origine nerveuse de certaines ichthyoses localisées et en généralisant de certaine ichthyoses plus étendues ; mais des recherches anatomo-pathologiques étaient nécessaires pour s'assurer si cette origine nerveuse était réelle. J'ai eu occasion de constater des lésions évidentes des nerfs cutanés et des racines spinales postérieures dans deux cas d'ichthyose serpentine (voir ma thèse, observations XIV et XV) ; toutefois je me suis gardé de tirer de ces deux cas des conclusions trop absolues, car les deux malades qui ont été l'objet de ces examens avaient présenté pendant la vie des bulles de pemphigus, ce qui, dans une certaine mesure, doit nous rendre réservés sur la valeur des lésions nerveuses que j'ai constatées dans ces deux observations, le pemphigus, ainsi que nous l'avons vu plus haut, s'accompagnant dans certains cas de lésions nerveuses manifestes.

Eczéma. — Il existe un assez grand nombre d'observations d'eczéma succédant à des lésions des nerfs périphériques ; Weir Mitchell dit l'avoir rencontré fréquemment à la suite de plaies des nerfs. Selon lui, il aurait eu affaire réellement à de l'eczéma, et non à de l'herpès, comme le prétendaient MM. Hanfield Jones et Charcot. M. Duménil, dans son mémoire sur les névrites consécutives à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, signale des éruptions d'eczéma qu'il considère comme consécutives aux altérations des nerfs périphériques qu'il décrit. « Il est très fréquent, disent MM. Duplay et Morat, de voir les malades atteints d'ulcère perforant du pied être pris de temps à autre d'inflammations érythémateuses et eczémateuses du pied et de la jambe. » M. Duplay a signalé également des éruptions eczémateuses qu'il considère comme secondaires à une névrite traumatique, chez les amputés. M. Tédenat décrit comme complication fréquente des gelures anciennes, complication qui dépend évidemment pour lui d'altérations du système nerveux périphérique, outre d'autres troubles trophiques, des poussées d'eczéma assez persistantes parfois. M. Arnozan relate dans sa thèse une observation très intéressante d'eczéma d'origine nerveuse qui lui fut communiquée par M. Brouardel et qu'il résume ainsi : contusion violente de l'épaule, apparition, 40 heures après l'accident, d'un eczéma confluent limité au trajet du nerf radial, guérison en 15 jours sans récidive ultérieure. Rappelons encore que Colcott Fox se déclare convaincu, à l'exemple de son parent Tilbury Fox et de Hutchinson, de l'origine nerveuse du lichen planus. C. Fox a toujours constaté, dans ces cas, un tempérament nerveux très prononcé, ou des causes de débilitation ayant porté sur ce système. Dans deux cas, il a vu l'éruption suivre nettement le trajet des nerfs.

Des poussées d'eczéma ont été observées à la suite de névralgies, par Eulenburg, etc. J. Cavafy a publié une observation très intéressante d'eczéma suintant de la face, ayant succédé à une névralgie du trijumeau.

L'eczéma a été signalé dans le cours des affections de la moelle, en particulier de l'ataxie (Vulpian, Lewin, Eulenburg, Purdon, etc.).

Des poussées d'eczéma alternent parfois d'une façon remarquable avec les migraines ou d'autres phénomènes nerveux, j'en ai publié plusieurs observations dans une thèse (pages 159 et suivantes). Tout le monde connaît l'influence des émotions morales dans la production de l'eczéma; le fait a été depuis longtemps signalé par les auteurs, et mon collègue Bastard en a publié dans l'*Union médicale* de 1878 trois belles observations. Notons enfin la coïncidence fréquente de l'eczéma avec d'autres affections cutanées manifestement nerveuses (zona, pemphigus); avec les névralgies, l'asthme; M. Blachez a récemment publié dans la *Gazette hebdomadaire* une remarquable observation d'eczéma alternant avec de violents accès de dyspnée; l'anesthésie signalée par M. Rendaw dans l'eczéma de cause interne. Je rappellerai, en terminant, que l'on a vu parfois l'eczéma succéder à des applications de courants électriques (Gerhardt, Benedikt).

De pareils faits devaient porter à présumer l'origine nerveuse de certains eczémas, et dès 1870 Tilbury Fox admettait cette origine, défendue ultérieurement par Lewin, Bulkley, etc.

Les anatomo-pathologistes italiens ont eu le mérite de diriger les premiers leurs recherches sur ce point. En 1878, le Dr Marcacci a publié une observation de lésion du ganglion sympathique dans un cas d'eczéma aigu généralisé. L'examen histologique de cet auteur et la technique employée sont trop insuffisants pour que l'on soit autorisé à conclure à une relation bien nette entre les lésions des ganglions sympathiques et l'affection cutanée. En 1879, le professeur Colomiatti publia une note détaillée sur les altérations des nerfs cutanés dans l'eczéma. Il aurait constaté les lésions les plus nettes de la névrite dit parenchymateuse, dans l'eczéma chronique et même dans l'eczéma aigu. J'ai eu occasion à examiner l'état des nerfs cutanés dans deux cas d'eczéma; les faisceaux nerveux et les tubes qu'ils contenaient étaient sains.

Avant de conclure d'une façon définitive à l'origine nerveuse de l'eczéma, des recherches nouvelles paraissent nécessaires.

Gangrènes cutanées d'origine nerveuse. — Samuel, le premier, attira l'attention sur certaines eschares à formation rapide, bien distinctes des eschares à évolution lente, survenant dans le cours d'affections graves du cerveau ou de la moelle épinière, peu de temps après le début de la maladie primitive, ou d'une brusque exacerbation dans la marche de cette dernière, et évoluant rapidement. M. Charcot confirma les recherches de Samuel et fit remarquer le pronostic grave de ces plaques de sphacèle. Nous n'avons pas à insister ici sur l'évolution ni sur le siège de ces eschares bien connues aujourd'hui en clinique.

Ces eschares ont été signalées dans les lésions cérébrales (hémorragie, ramollissement, méningite, tumeurs, encéphalite, etc., etc.) Elles siègent surtout du côté opposé à la lésion cérébrale. Jusqu'ici, le siège de la lésion cérébrale, présidant à leur formation, est encore indéterminé, malgré les recherches de M. Joffroy.

Le décubitus aigu de cause spinale est tout à fait analogue, comme mode d'évolution, et en général comme pronostic, au décubitus aigu d'origine cérébrale; on le rencontre dans les lésions traumatiques graves de la moelle épinière, dans les myélites aiguës ou suraiguës, et surtout dans les myélites centrales, dans les hémorragies et dans les ramollissements de la moelle épinière, etc., etc.

Pour Ashurst, le décubitus aigu serait d'autant plus fréquent, que la lésion siégerait dans les parties inférieures de la moelle épinière; pour Brodie, c'est le contraire.

Le décubitus de cause spinale siège surtout au sacrum, et Joffroy et Salmon, Vignès, W. Müller, Eulenburg, etc. ont constaté que, dans les lésions unilatérales de la moelle, l'eschare siégeait du côté opposé à la lésion, c'est-à-dire du côté anesthésié. Nous aurons à revenir sur cette particularité importante, ainsi que sur les eschares produites expérimentalement (Brown-Séquard).

Les nerfs eux-mêmes, indépendamment des centres, peuvent dans certains cas, lorsqu'ils sont altérés, déterminer l'apparition sur la peau de plaques de gangrène; ce fait a depuis longtemps frappé l'attention des observateurs. Au siècle dernier, Haller et Quesnay soutinrent que la section des nerfs d'un membre suffisait pour amener la gangrène de ce membre. Cette opinion fut admise jusqu'en 1817, époque à laquelle Hébréard et Wolf démontrèrent expérimentalement sur le chien : que la section des nerfs, pratiquée d'après la méthode suivie par ces auteurs, ne donnait pas les résultats indiqués par eux.

On trouve dans la science un certain nombre de cas de gangrène cutanée ayant succédé à des lésions nerveuses périphériques. Tels sont les faits expérimentaux de Brown-Séquard, certaines ulcérations succédant aux blessures des membres (Weir Mitchell), un cas de M. Charcot, deux cas de Vitrac, un cas de V.-A. Samson, un de Gubler. Couyba rapporte un cas d'eschare sacrée, survenue à la suite de la lésion du filum terminal. MM. Duplay et Morat, montrant la nature nerveuse du mal perforant, signalent dans le voisinage de l'ulcération des plaques de gangrène. Testut dit que, dans des expériences faites sur différents nerfs, le sciatique entre autres, il a observé des eschares sur des points qui n'étaient pas soumis à la compression. Duret relate un cas d'eschare des extrémités des doigts, survenue à la suite d'une plaie contuse du nerf médian.

J'ai publié dans ma thèse une intéressante observation due à M. Labadie-Lagrave, de gangrène cutanée de la face, ayant succédé à une névrite du trijumeau (obs. XXVII). On trouvera également à la page 30 de ma thèse une observation de plaques multiples de gangrène de la peau d'origine nerveuse, et dépendant, selon toute probabilité, de lésions des nerfs périphériques.

J'ai eu occasion d'étudier avec le Dr Déjerine deux cas de gangrène d'origine nerveuse qui, ainsi que nous l'avons démontré anatomo-pathologiquement dans notre mémoire des *Archives de physiologie* de 1881, et ainsi que je l'ai montré dans ma thèse (pages 112, etc., 126, 127, etc.), doivent porter à admettre la névrite périphérique primitive (névrite dite parenchymateuse), comme cause de certains cas de gangrènes nerveuses, et à adjoindre ce groupe de gangrènes nerveuses d'origine périphérique

aux sphacèles trophiques d'origîque centrale (lésions de l'axe encéphalo-médullaire ou des ganglions spinaux).

En résumé, nous voyons que nous pouvons conclure des recherches faites jusqu'à ce jour :

1° Que la zona est une affection d'origine nerveuse liée à des lésions du système nerveux central ou phériphérique ; que nos connaissances sur l'état des nerfs périphériques dans le zona sont insuffisantes et exigent des recherches nouvelles ; que l'origine nerveuse des autres formes d'herpès est loin d'être démontrée ;

2° Que la lèpre est une affection d'origine nerveuse, liée à des altérations des nerfs périphériques ; que dans la lèpre l'altération des nerfs périphériques est une névrite interstitielle et parenchymateuse ; que les lésions médullaires sont inconstantes dans la lèpre et que l'on peut se demander, quand elles existent, si elles ne sont pas la conséquence des altérations des nerfs périphériques.

3° Que le mal perforant est une affection d'origine nerveuse, liée à des lésions du système nerveux central ou périphérique ;

4° Que le pemphigus aigu est, dans certains cas, une affection d'origine nerveuse, liée à des altérations des nerfs cutanés et de l'axe spinal. (Des faits cliniques font également présumer que dans certains cas le pemphigus aigu est en rapport avec des lésions de l'encéphale).

Le pemphigus diutinus est, dans certains cas, une affection d'origine nerveuse, en rapport avec une lésion des nerfs cutanés périphériques ;

5° Que certains cas d'ecthyma sont des affections d'origine nerveuse en rapport avec des altérations des nerfs cutanés, et parfois des racines postérieures et de la moelle. (Des faits cliniques font présumer également que, dans certains cas, l'ecthyma est lié à une affection des centres nerveux) ;

6° Que certains cas de vitiligo sont des affections d'origine nerveuse en rapport avec des altérations des nerfs périphériques. (Des faits cliniques font également présumer que, dans certains cas, le vitiligo est lié à des altérations des centres nerveux) ;

7° Que l'ichthyose paraît être, dans certains cas, une affection cutanée d'origine nerveuse en rapport avec des lésions des nerfs cutanés et des racines postérieures. (Des faits cliniques font également présumer que, dans certains cas, l'ichthyose est liée à une affection des centres nerveux) ;

8° Que si l'origine nerveuse de certains eczémas peut être présumée en s'appuyant sur quelques faits cliniques et anatomo-pathologiques, cette origine n'est pas encore démontrée d'une façon irréfutable ;

9° Que certaines formes de gangrène cutanée sont des affections d'origine nerveuse en rapport avec des lésions des centres nerveux ou des nerfs périphériqnes. Dans quelques cas, les plaques de gangrène cutanée paraissent liées à une altération primitive des nerfs périphériques.

En somme, l'anatomie pathologique a démontré que des affections cutanées, d'aspects divers, sont secondaires, soit à des lésions de l'encéphale ? (certains zonas) ; soit à des lésions de la moelle ; soit à des lésions des racines postérieures, dont la pathogénie reste encore à déterminer ; soit à des lésions des ganglions spinaux ; soit enfin à des lésions primitives des nerfs périphériques (névrite dite parenchymateuse

et, beaucoup plus rarement selon toute apparence, névrite interstitielle).

D'ailleurs, la névrite parenchymateuse est peut-être toujours secondaire à une lésion des centres. On peut, en effet, considérer les centres trophiques (cellules ganglionnaires, spinales ou ganglions spinaux), les nerfs intermédiaires, comme un appareil analogue à l'appareil neuro-musculaire, l'appareil neuro-cutané. Peut-être alors, de même que pour l'appareil neuro-musculaire, certaines affections cutanées, où l'on n'a rencontré le plus souvent que des lésions des tubes nerveux périphériques, dépendent-elles de lésions de la cellule originale, lésions trop peu prononcées pour pouvoir être constatées avec nos moyens actuels d'investigation, mais suffisantes pour produire des lésions périphériques constatables.

Je ne parlerai pas de la physiologie pathologique de ces troubles trophiques cutanés. Je me bornerai à renvoyer aux pages 167, etc., 178, 179, etc., de ma thèse, où, après une longue discussion des diverses théories émises, je suis arrivé à conclure que, dans l'état actuel de nos connaissances, la seule théorie plausible que l'on puisse admettre pour expliquer les altérations de la peau survenant à la suite de lésions du système nerveux central ou périphéque, est une diminution plus ou moins complète de l'influence tropique exercée par le système nerveux sur la nutrition des tissus (Vulpian).

Cette diminution de l'influence tropique se fait, soit directement (par destruction des fibres nerveuses ou des centres trophiques), soit d'une façon réflexe (par diminution de l'action des centres trophiques sous l'influence d'excitations centripètes de ces centres).

La théorie précédente a donc le grand avantage, comme le fait observer son auteur, M. Vulpian, de comprendre dans une formule générale les conditions pathogénétiques des altérations des tissus (peau, etc.) qui se produisent sous l'influence de lésions du système nerveux; ces altérations sont dues à la diminution ou à l'abolition de l'action trophique des centres nerveux sur les différents tissus.

J'ai émis dans ma thèse (pages 180, 181, etc.) l'hypothèse d'une comparaison possible, au point de vue physiologique entre les phénomènes dépendant d'une action du système nerveux observés sur certains tissus à l'état physiologique, je veux parler des sécrétions et des phénomènes pathologiques qui se produisent dans la peau à la suite d'altérations du système nerveux. Mais, ayant déjà, de beaucoup, dépassé la limite que je m'étais imposée, je couperai court à ces considérations physiologiques qui permettent copendant de classer les lésions cutanées d'origine nerveuse d'une façon rationnelle, actuellement du moins, et d'expliquer peut-être suffisamment la multiplicité d'aspects des affections cutanées succédant à des lésions du système nerveux, en apparence identiques.

Qu'il me suffise d'avoir démontré que le rapport qui existe entre les affections trophiques cutanées très étudiées et les lésions du système nerveux, est établi d'une façon péremptoire par des faits cliniques et anatomiques précis et suffisamment nombreux. Quant à dire que ces affections cutanées dépendent toujours de lésions nerveuses, il serait, je pense, téméraire de l'affirmer, car des causes différentes peuvent produire des effets semblables.

L'importance de la connaissance de ces affections cutanées d'origine

nerveuse, au point de vue de la thérapeutique rationnelle des affections cutanées, ne peut échapper à personne. Et, bien que ce traitement rationnel soit encore entouré de la plus grande obscurité, des efforts louables n'en ont pas moins été tentés dans ce sens (voir ma thèse, pages 190 et suiv.). D'autre part, les lésions cutanées précitées peuvent, dans certains cas, faire diagnostiquer une affection nerveuse qui sans elle serait passée inaperçue ou n'aurait été reconnue que plus tard et le traitement et le pronostic se trouvent ainsi complètement modifiés. Aussi devra-t-on toujours, chez les sujets atteints des affections cutanées que nous avons étudiées plus haut, rechercher s'il n'existe pas, plus ou moins cachée, une lésion du système nerveux central ou périphérique.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1881.

A

Abcès. — Des abcès froids, leur nature, leur traitement, par LEPRÉVOST. (*Rev. médicale*, 10 déc.)

Abdomen. — Plaie pénétrante de l'abdomen, avec issue de l'intestin et de l'épiploon ; guérison, par DOWNES. (*The Lancet*, 17 septembre.) — Plaie par arme à feu de l'abdomen, ayant échancré l'os iliaque et perforé le côlon ascendant ; guérison, par J. EWING MEARS. (*Transact. of the college of Philadelphia*, 3e série, t. IV, p. 9.) — Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen ; mort par étranglement dû à un diverticule de l'intestin grêle, par TUFFIER et RICARD. (*Soc. anat.*, 6 mai.)

Accouchement. — Deux observations d'accouchement sur des bassins rachitiques, par R. RONALDSON. (*Edinb. med. journ.*, p. 344, oct.) — Accouchement prématuré artificiel, par BUDIN. (*Gaz. des hôpit.*, n° 132.) — Persistance de l'hymen au moment de l'accouchement, par FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 46, 12 nov.) — Note pour servir à l'histoire clinique des présentations de l'extrémité pelvienne, par CANTACUZÈNE. (*Union médicale*, 31 décembre.) — Examen physique de l'abdomen chez les femmes en travail, par W. NEVILLE. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 313, oct.) — Naissance de 2 jumeaux à 18 jours l'un de l'autre, par BARAUSKI. (*Wien. med. Woch*, n° 27.) — De la déchirure du col comme cause ultérieure d'accouchement laborieux, par GEORGES ROHE. (*New York med. journ.*, août.) — Un cas d'embolie cérébrale 14 jours après l'accouchement, par ENGLEDUE PRIDEAUX. (*The Lancet*, 15 octobre.) — Atrésie du vagin consécutive à un accouchement laborieux ; opération ; guérison, par CODY. (*The Lancet*, 15 octobre.) — De l'hydrate de chloral dans le traitement de la rigidité du col pendant l'accouchement, par RICHARDSON. (*Boston med. and surg. journ.*, 10 février.)

Albumine. — De l'influence des carbonates de soude et de chaux sur les transformations de l'albumine dans l'organisme, par A. OTT. (*Zeitschr. f. Biol.*, *Bd* XVII, *Heft* 2.)

Albuminurie. — De l'acide benzoïque dans l'albuminurie de la grossesse et de la scarlatine, par SCOTT HILL. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juil., p. 169.) — De l'albuminurie dans les affections fébriles aiguës, par ECKSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49.)

Alcoolisme. — Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve, par

CH. LASÈGUE. (*Arch. de méd.*, novembre.) — De l'alcoolisme chronique, par T. W. FISHER. (*Boston med. and surg. journ.*, 6 janvier.)

Aliénation. — Du délire ambitieux, par BACHELOT. (*Thèse de Paris*, n° 401.) — Psychologie et psychiatrie, par EMMANUEL ROTH. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — De la manie, par MENDEL. (In-8°, *Vienne.*) — Aliénation mentale. Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale chez la femme, par MAIRET. (*Montpellier médical*, octobre 1880, mai, juillet, novembre 1881.) — Anatomie pathologique du sang dans la folie, par GALLOPAIN. (In-8°, *Paris.*) — De la monomanie incendiaire, par ROUSSEAU. (*Ann. méd. psych.*, novembre.) — De la responsabilité partielle des aliénés, par LAGARDELLE. (In-8°, *Paris.*) — De la responsabilité des aliénés, par DELASIAUVE. (*Progrès médical*, 22 octobre.) — Compte rendu statistique de l'asile d'aliénés de Christiania de 1850 à 1879, par H. BERNER. (*Norsk mag. for Lagevidk.*, *R.* III, *Bd* II, *Hft* I, p. 1.)—Renforcement des bruits aortiques chez les aliénés, par ARNDT. (*Dentsche med. Woch.*, n° 26.) — Quelques considérations sur l'aliénation mentale et la thérapeutique des aliénés, par MANN. (*New York med. journ.*, juin.) — Du traitement de la folie, par FOLSOM. (*Boston med. and surg. journ.*, 22 sept.)

Alimentation. — De l'alimentation artificielle par les injections sous-cutanées, par EICHHORN. (*Wien. med. Woch*, n° 31.) — Alimentation par l'entéroclysme, par MILLIOTTI. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, mars, n° 10 et suiv.) — Des peptones dans l'alimentation artificielle, par LUSSANA. (*Ibid.*, p. 113.) — De l'alimentation artificielle chez les phtisiques, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (10 décembre.) — Influence de l'alimentation sur la lactation chez les chèvres, par G. MUNK. (*Arch. f. Thierheilk.*, VII, p. 91. *Centralbl. f. die med. Wissens.*, p. 628.) — Recherche des dérivés azotiques dans les substances alimentaires, par J.-A. PABST. (*Revue d'hyg.*, décembre.) — Des conserves alimentaires, par RENK. (*Revue d'hygiène*, octobre.)

Amnios. — Sur l'hydropisie de l'amnios, par A. DELASSUS. (*Thèse de Paris.*)

Amputation. — Désarticulation de la hanche par la méthode ovalaire antérieure, pansement antiseptique ouvert ; guérison, par VERNEUIL. (*Soc. de chir.*, p. 626.) — De la désarticulation de l'épaule (quatre observations), par MAC LANE TIFFANY. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet, p. 145.) — Lettres chirurgicales sur les amputations, par WOLLFLER. (*Wien. med. Woch.*, n° 17.) — Broiement des deux bras, amputation immédiate ; guérison, par GODLEE. (*The Lancet*, vol. II, p. 936, 1880.) — De la désarticulation des deux premiers cunéiformes, par G. MARCACCI. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 372.) — Spica avec la bande d'Esmarch comme procédé hémostatique pour la désarticulation de la hanche, par GODLEE. (*The Lancet*, vol. II, p. 32, 1880.)

Anatomie. — Pièces d'anatomie à l'usage des artistes, par M. DUVAL. (In-8°, *Paris.*) — Travaux du laboratoire d'anatomie générale et d'histologie à la Faculté de Lyon, par RENAUT et CHANDELUX. (In-8°, *Paris.*) — Observations recueillies à l'Institut anatomo-pathologique de Marburg (inoculation du cancer sur une chienne cancéreuse, 2 cas de malformation de l'intestin grêle endoctéliome de granulation ; carcinome primitif de la prostate), par SCHOTTELIUS. (*Gesellsch. z. Beford. d. ges. Naturw. zu Marburg et Centralbl. f. die med. Wiss.*, p. 599.) — De l'appendice caudal chez l'adulte, par BRAUN. (*St. Pet., med. Woch.*, n° 35.)

Anchylostomiase. — Nouvelles observations relatives à la maladie des mineurs du Saint-Gothard, par PARONA. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*,

septembre.) — De l'ankylostome duodénal, cause de l'anémie des mineurs, par Binz. (*Berliner klin. Woch.*, 5 décembre.)

Anémie. — Note sur le souffle céphalique de l'adulte, considéré au niveau des régions orbitaires, par R. Tripier. (*Revue de médecine*, oct.). Ce mémoire complète un travail antérieur de l'auteur. (*R. S. M.*, t. XVIII, p. 137.) — Observation d'anémie pernicieuse progressive avec hémorragies rétiniennes, par Clifford Albutt. (*Brit. med. journ.*, p. 627, oct.) — Quatre cas d'anémie pernicieuse progressive, par Müllendorf. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25.) — Contribution à l'étude de l'anémie progressive. Anémie ganglionnaire, par G. Banti. (*Lo Sperimentale*, juillet, p. 26, et août, p. 151.)

Anesthésie. — Sur les causes de la mort par le chloroforme, par Lussana. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, janvier.) — Cas de mort pendant le sommeil anesthésique, par Mosetig Moorhof. (*Wien. med. Woch.*, n° 26.) — Dangers du chloroforme chez les sujets non couchés, par G. Dods. (*The Lancet*, vol. II, p. 920, 1880.) — Chloroforme. Statistique de 25 morts en 1879, par Jacob. (*The Lancet*, vol. II, p. 729 et 879, 1880.) — Les anesthésiques qui contiennent du chlore, du brome ou de l'iode, sont-ils tous dangereux ? par Edward Reichert. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet, p. 50.) — De la valeur du pouls pendant le chloroforme, par J. Mills. (*The Lancet*, vol. II, p. 912, 1880.) — Choix de l'anesthésique, précautions à prendre, etc., par Robert Saundby. (*The Lancet*, vol. II, p. 840, 1880.) — Valeur comparée du chloroforme et de l'éther, par Aikman. (*The Lancet*, vol. II, p. 835, 1880.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'aorte chez un fœtus, cause de dystocie, par Phænomenoff. (*Arch. f. Gyn.*, XVII, p. 133.) — Aortite d'origine alcoolique ; anévrisme de la crosse, par Petit. (*Soc. anat.*, 27 mai.) — Deux anévrismes disséquants de la crosse de l'aorte, dont l'un s'est rompu au moment de sa formation, par Hallez. (*Bulletin médical du Nord*, octobre.) — Anévrisme de l'aorte avec compression trachéale, diagnostiquée pendant la vie à l'aide du laryngoscope, par Thomas Whipham. (*Brit. med. journ.*, p. 849, mai.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte, par Kitaevskii. (*Troudy obchtchesva rousskikh Vratcheï*, fasc. 2, p. 233.) — Un cas d'anévrisme de la crosse aortique à marche rapide; mort, par Deeble. (*The Lancet*, 12 nov.) — Un cas d'anévrisme de l'artère basilaire, par Biach. (*Wien. med. Woch.*, n° 51.) — Un cas d'anévrisme abdominal, par Salaman et Mac Kellar. (*The Lancet*, 5 novembre.) — Un cas d'anévrisme de l'aorte, traité par la galvano-puncture ; résultat satisfaisant, par Richard Cannon. (*The Lancet*, 22 octobre.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique; ligature de la carotide gauche ; athérome de l'aorte ; œdème et gangrène du poumon gauche; par M. Bryant. (*The Lancet*, 24 septembre.) — Anévrisme de l'artère sous-clavière, traité par la galvano-puncture, par Randford. (*The Lancet*, 24 septembre.) — Varice anévrismale de l'artère faciale ; ligature au-dessus et au-dessous du sac ; guérison, par Bankart. (*The Lancet*, 12 nov.) — Anévrisme poplité, guéri par ligature, par Berg. (*Berliner klin. Woch.*, 12 décembre.) — Anévrisme poplité, suite de chute chez une femme de 69 ans ; guérison en 6 mois par la flexion forcée du genou pendant la nuit, par Redwood. (*The Lancet*, vol. II, p. 600, 1880. — Énorme anévrisme inguinal, guéri par la ligature de l'artère iliaque externe à sa partie supérieure ; mort du malade huit ans après l'opération ; atrophie complète de l'iliaque externe et de la fémorale ; hypertrophie excessive de l'iliaque interne et des perforantes anastomotiques profondes, par Rich. Butcher. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 369, nov.) — Anévrisme

CH. LASÈGUE. (*Arch. de méd.*, novembre.) — De l'alcool[illegible] xterne; me-
par T. W. FISHER. (*Boston med. and surg. journ.*, 6 jan[illegible] gie secondaire

Aliénation. — Du délire ambitieux, par BACHELOT. (*T*[illegible] remiers orteils;
— Psychologie et psychiatrie, par EMMANUEL ROTH [illegible] — Anévrisme fé-
19 décembre.) — De la manie, par MENDEL. (In[illegible] ac et les capillaires,
mentale. Rapports entre les lésions de la sp[illegible] . 140.)
mentale chez la femme, par MAIRET. (*Mon*[illegible] us sous-cutanés (par
mai, juillet, novembre 1881.) — Anatomi[illegible] nt, qu'on laisse à de-
folie, par GALLOPAIN. (In-8°, *Paris.*) — [illegible] temps le courant d'un
ROUSSEAU. (*Ann. méd. psych.*, novemb[illegible] Y COOMBS. (*The Lancet*,
des aliénés, par LAGARDELLE. (In-8°[illegible]
aliénés, par DELASIAUVE. (*Progrès*[illegible]
statistique de l'asile d'aliénés de [illegible] e, par B. FRAENKEL. (*Berlin.*
NER. (*Norsk mag. for Lagevid*[illegible] la nitro-glycérine sur l'angine de
des bruits aortiques chez les [illegible] *J. med. journ.*, juillet, p. 33.)
n° 26.) — Quelques consid[illegible] logique sur une série de crânes d'assas-
peutique des aliénés, p[illegible] *nthrop.*, nov.)
traitement de la folie, p[illegible]

Alimentation. — De l'[illegible] taline, nouvel agent antiseptique, par FISCHER.
nées, par EICHHORN [illegible] 28 novembre.)
roclysme, par MI[illegible] de l'anus contre nature, sans complications, par GOUBAUT.
— Des pepton[illegible] n° 122.) — Quelques observations d'anus vulvaires, par
p. 113.) — De [illegible] *Montpellier*, n° 67.) — De la colotomie lombaire, en
BEAUMETZ. ([illegible] le cancer du rectum, par B. DIARD. (*Thèse de Paris*, n° 385.)
les chèvr[illegible] de l'anus; ouverture du rectum dans l'urètre, par KRES-
die med [illegible] *Wch. med. Woch.*, n° 14.) — Emploi de l'écraseur linéaire pour
subst[illegible] anales profondément situées, par F. GASTON. (*Amer. journ. of*
Des [illegible] juillet, p. 31.) — Trois cas de malformation de l'anus (par bride
fibreuse longitudinale, faisant suite au raphé médian du périnée et ob-
Am[illegible] strant l'orifice), par MORGAN. (*The Lancet*, 22 octobre.)

A[illegible] *Appareil.* — Le sphygmographe passif, application à l'étude physiologique et
clinique des pulsations normales et pathologiques, par BRONDEL. (*Thèse de*
Paris, n° 409.) — Un instrument électrique pour la destruction des poils,
par L. DUHRING. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet, p. 142.) — De l'ap-
pareil de Scultet, ouaté, par J. TRUCHY. (*Thèse de Paris*, n° 414.)

Artère. — Bruits de souffle fonctionnels de l'artère pulmonaire, par NIXON.
(*Dublin journ. of med. sc.*, p. 193, sept.) — Coup de couteau dans l'aine,
intéressant les artères iliaques; ligature de l'iliaque primitive; gangrène;
mort, par WALSH. (*The Lancet*, 22 octobre.) — Sur un cas d'oblitération
par thrombose de l'aorte descendante, par S. ARMET. (*Thèse de Paris*,
n° 389.) — Thrombose et oblitération de l'aorte thoracique; parésie des
membres inférieurs; athérome généralisé; hypertrophie et dilatation du
cœur, par JAURAND. (*Soc. anat.*, 1er juillet.)

Articulation. — Hydarthrose chronique du genou, ponction; guérison, par
HEATH.. (*The Lancet*, vol. II, p. 378, 1880.) — Arthrite suppurée subai-
guë, ponction; guérison, par HEATH. (*Ibid.*, vol. II, p. 379, 1880.) — Plaie
contuse pénétrante; guérison après suppuration, par JONATHAN BARBER.
(*Ibid.*, vol. II, p. 379, 1880.) — Tumeur blanche, résection; guérison, par
J. BARBER. (*Ibid.*, vol. II, p. 379, 1880.) — De l'hémarthrose du genou et
de son traitement par la ponction exploratrice, par CONTAL. (*Thèse de*
Nancy, n° 123.) — Du traitement de l'entorse par le collodion élastique,
par A. T. BLODGETT. (*Boston med. and surg. journ.*, 31 mars.) — Défor-
mations articulaires, suite d'arthrite, dans l'enfance; ténotomie et exten-

, par Baker. (*The Lancet*, vol. II, p. 360, 1880.) — De la tuberculose noviales articulaires et des diverses formes cliniques qu'elle peut re- r A. Ricard. (*Thèse de Paris*, n° 374.) — Sur la prétendue rup- gament latéral interne de l'articulation du genou, par Charles w York med. journ., juin.) — Un cas d'arthrite suppurée du n tuberculeux; amputation de la cuisse; atténuation marquée ulmonaires, par Thomas Bryant. (*The Lancet*, 29 octobre.) ntiseptique, par J. Bœckel. (*Gaz. des hôpit.*, n° 140.)

ment des asphyxiés par l'électricité, par de Fonvielle. t.) — Un cas d'asphyxie mortelle chez un égoutier à ry Record, p. 260, janvier.)

nylaxie et traitement de l'asthme des foins (par l'emploi des d'un appareil tamisant l'air à l'entrée des fosses nasales), par ley. (*The Lancet*, 27 août.)

stigmatisme. — Note sur les lignes focales dans l'astigmatisme, par William Ayres. (*New York med. journ.*, novembre.)

Auscultation. — Du râle crépitant physiologique, par de Renzi. (*Arch. f. path. Anat.*, B. 83, p. 559.) — De l'auscultation de la voix aphone chez les tuberculeux, par L. Grégoire. (*Thèse de Paris*, n° 443.)

Avortement. — Avortement criminel : un fœtus de trois mois coupé en morceaux dans l'utérus : péritonite consécutive; guérison, par Georges Wherry. (*Brit. med. journ.*, p. 880, juin.) — De l'avortement provoqué comme moyen thérapeutique, par Priestley. (*London Obstetrical Transactions*, vol. XXII, p. 271.)

Azote. — Note sur les inhalations d'azote dans les maladies de poitrine (2 bonnes observations), par E. Berg. (*St.-Pet. med. Woch.*, n° 35.)

B

Bains. — Les bains sulfurés artificiels, par Andouard. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, novembre 1880.) — La saison des bains de mer à Dunkerque, par Van Merris. (*Bull. méd. du Nord*, août-septembre.) — Bains de Sandefjord (Norvège) en 1879 et 1880, par A. Knusten. (*Norsk Mag. for Lagevidske*, 111 *R. Bd.* 11° *Heft* V, p. 358. — Sur les bains en général, par Maturi. (*Il Morgagni*, juin, p. 405.) — Conditions d'installation des établissements urbains de bains populaires avec piscines de natation, par Robertson et Andreas Meyer (*Annales d'hygiène*, VI, p. 550, décembre.) — Étude physiologique sur les bains prolongés, par V. Théry. (*Thèse de Paris*, n° 383.)

Bassin. — Extraction d'un fœtus normal par la version, à travers un bassin rétréci, par William Turner. (*Edinb. med. Journ.*, p. 44, juillet). — Bassin cypho-scoliotique rachitique. Prédominance de la forme scoliotique. — Saillie du promontoire. Version podalique. — Extraction d'un fœtus vivant; mort de l'enfant le 11° jour. — Issue heureuse pour la mère, par Léon Dumas. (*Montpellier médical*, septembre-octobre. — De la douleur dans le cancer pelvien et de son soulagement par la morphine, avec 50 cas, par Champneys. (*London obstetrical transactions*, vol. 22, p. 5.)

Bec-de-lièvre. — Guérison consécutive et spontanée d'un bec-de-lièvre opéré sans succès, par Kums. (*Annales de la Société d'Anvers*, octobre.)

Biliaires (Voies). — Clinique sur les effets que produit l'obstruction chronique des canaux biliaires par des calculs et sur la fièvre intermittente hépatique de Charcot, par W. Osler. (*Med. Times*, 30 juillet.) — Calcification généralisée des parois de la vésicule biliaire, par Leloir. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Calcul biliaire volumineux expulsé par l'intestin, par Larguier. (*Revue médic. de la Suisse rom.*, décembre.)

Blennorragie. — Le microbe du pus blennorragique, par Weiss. (*Thèse de Nancy*, n° 119.) — De la prostatite blennorragique, par Ch. L. Mitchell. (*Philad. med. Times*, 16 juillet.) — Cas rares de tumeurs péri-urétrales blennorragiques, par Ch. Mauriac. (*Union médicale*, décembre.) — Du permanganate de potasse, employé dans la blennorragie, par Gourgues. (*Thèse de Paris*, n° 384.)

Bouche. — Lipome du plancher de la bouche, par Monod. (*Soc. de chir.*, p. 365.) — Kyste dermoïde du plancher de la bouche, par Combalat. (*Ibid.*, p. 505.)

Bronche. — De l'aunée comme expectorant et calmant dans les affections des voies respiratoires, par Korab. (*Union méd.*, 13 décembre.) — Du cancer primitif des bronches et du parenchyme pulmonaire, par M. Stilling. (*Archiv für path. Anat.*, t. LXXXIII.) — Un cas de bronchite fibrineuse aiguë (bronchite pseudo-membraneuse), par Barron. (*The Lancet*, 26 novembre.) — De la bronchite fibrineuse, par Pramberger (in-8° *Vienne.*) — Cas de bronchite aiguë avec collapsus pulmonaire, par Ashby. (*Med. Times*, 15 nov.) — L'iodoforme dans les affections broncho-pulmonaires, par G. Ciaramelli. (*La Scuola med. Napolitanea*, juillet, p. 397.) — Sur l'emploi à l'intérieur de l'acide phénique dans les maladies chroniques des bronches et des poumons, par E. Vecchietti. (*L'Imparziale*, 15 juillet, p. 388.)

Brûlure. — Brûlures considérables à différents degrés, par Gosselin. (*Gaz. des hôpit.*, n° 129.) — Cicatrice vicieuse, suite de brûlures. (Flexion de la cuisse sur le bassin) autoplastie et incisions multiples, guérison, par James Adam. (*The Lancet*, vol. II, p. 617, 1880.)

C

Calcul. — Expectoration de calculs pulmonaires dans un cas de phtisie, par Cynthius. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — Calculs vésicaux multiples, consécutifs à un prolapsus de l'utérus, par Galabin (*London Obstetrical transactions*, vol. 22, p. 106.)

Cancer. — De l'origine locale du cancer, par J. Hutchinson. (*Med. Times*, 22 janvier.)

Cartilage. — Histologie du cartilage hyalin, par Chasiotis. (*Thèse Athènes.*)

Cataracte. — Obs. de cataracte axile, par Becker. (*Finska läkar. handl.*, 23, 1, p. 45.) — De la cataracte dure congénitale, par Vidor. (*Wien. med. Woch.*, n° 28.) — Quelques notes sur le pansement de Lister appliqué à l'opération de la cataracte, et tableaux statistiques des opérations faites à l'Institut ophtalmologique du 1er janvier 1880 au 1er juillet 1881, par Reymond. (*Giorn. della. R Accad. di med. di Torino*, juillet.) — Sur la présence de l'albumine et du sucre dans les urines des cataractés par Bono. (*Ibid.* juillet.) — Cata-

racte diabétique incomplète : Iridectomie préventive; succès, par COURSSERANT. (*Gaz. des hôpit.*, n° 149, 27 décembre.)

Cerveau. — Des localisations célébrales, par PLANELLAS. (*Broch. Barcelona.*) — Quelques points de l'anatomie et de la physiologie du cerveau, avec applications pratiques, par AMBROISE RANNEY. (*New York med. journal*, mai 1881.) — Variétés de la morphologie des circonvolutions cérébrales chez l'homme, par GIACOMINI. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, mai.) — Recherches sur les localisations des fonctions dans les circonvolutions cérébrales de l'homme, par S. EXNER. (In-8°, *Wien.*) — Faits montrant que le corps calleux est excitable et qu'il sert en partie à la transmission des excitations galvaniques des prétendus centres psycho-moteurs aux membres) par BROWN-SÉQUARD. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 26.) — De la commotion de l'encéphale, par DUPLAY. (*Progrès médical*, 17 déc.) — Discussion sur la pathogénie des symptômes de la compression cérébrale, par NAUNYN, GRUENHAGEN. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — Hémorragie cérébrale ; pleurésie purulente, par JUHEL, RENOY et REVILLIOD. (*Soc. Anat*, 6 mai.) — Atrophie du tissu adipeux et d'autres tissus non musculaires dans l'hémiplégie de cause cérébrale, par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. de Biol.* et *Gaz. méd. de Paris*, n° 48.) — Étude sur les hémorragies primitives et directes dans les ventricules cérébraux (28 observ.), par E. SANDERS. (*Amer. Journ. of. med. Sc.*, juill., p. 85.) — Ramollissement inflammatoire du lobe temporo-sphénoïdal gauche, par G. CATTANI. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, n° 24.) — Des hémorragies punctiformes et des ramollissements de l'encéphale, par G. CATTANI. (*Gaz. degli ospitali*, n° 7.) — Lésions à foyer de l'encéphale (2 cas chez le chien, 1 chez le cheval); par JOHNE. (*Bericht üb. d. Veterinarwesen im Königr. Sachsen für* 1879. *Dresden* et *Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, p. 607.) — Tumeur des deux lobes frontaux, ne s'étant traduite pendant la vie par aucun symptôme autre que de l'engourdissement intellectuel, par JAMES RUSSELL. (*Brit. med. journ.*, p. 755, novembre.) — Ramollissement aigu du cerveau, foyers multiples dans le corps strié gauche, petite plaque rouge dans l'écorce grise de la circonvolution de Broca; hémiplégie droite avec aphasie, par SOREL. (*Soc. anat.*, 22 avril.) — De la déviation conjuguée de la tête et des yeux (une observation inédite), par BECHTEREW. (*St-Pet., med. Woch.*, n°s 11-13.) — Trois cas de congestion unilatérale du cerveau, par G. JEWETT. (*Boston med. and surg. jour.*, 4 août.) — Observation de cécité et de surdité cérébrales avec blépharoptose droite dans un cas de ramollissement cortical, par A. CHAUFFARD. (*Revue de médecine*, novembre.) — Hémiplégie droite et aphasie, par G. LIPPI. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 362.) — Phénomènes ataxiques développés d'un seul côté du corps, à la suite d'une lésion cérébrale, par DAVID DRUMMOND. (*Brit. med. jour.*, p. 156, juillet.) — Hémorragie de la protubérance et de la moelle allongée, rapidement mortelle, par W. JULIUS MICKLE. (*British med. journ.*, p. 150, juillet.) — Hémorragie cérébrale sous l'insula gauche ; aphasie ; sarcomes du testicule et du rein gauches, par MATHIEU. (*Progrès médical*, 29 octobre.) — Faits relatifs à la contracture d'origine encéphalique, par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. de Biol.* 5 nov. et *Gaz. méd. de Paris*, n° 48.) — Contracture du bras gauche par contusion cérébrale au niveau de la circonvolution frontale ascendante, par BARBE. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Monoplégie gauche, puis hémiplégie du même côté survenue dans le cours de la tuberculisation pulmonaire ; plaque de méningite tuberculeuse recouvrant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit avec prolongement sur toute l'étendue du lobule paracentral, par E. BARIÉ. (*Soc. anat.*, 1er juillet.) — Des altérations du tissu osseux chez les hémiplégiques, par DEBOVE. (*Union méd.*, 29 déc.) — Traitement de l'hémiplégie d'origine cérébrale, par BORKSENIUS. (*Troudy obchtchesva rousskikh Vratcheï*, fasc. 3, p. 440.) — Des encépha-

lopathies et myélopathies transitoires, par J. Schreiber. (*Tagebl. der 56 Natur f. Versamml.*, 1880.) — Tumeur du pont de Varole, par F. T. Miles. (*Arch. of med. New York.*, vol. VI, t. 2, p. 196.) — Sarcome du cerveau, par Luzzato et R. Pietra. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, 21 mai, p. 175.) — Hydrencéphalocèle considérable chez une petite fille, par Walker. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 157.) — Deux cas d'abcès du cerveau, par Curran. (*The Lancet*, 17 décembre.)

Cervelet. — Cas de maladies du cervelet, par Dreschfeld. (*Med. Times*, 24 décembre.) — Absence congénitale de la moitié droite du cervelet, constatée chez un vieillard de 80 ans, par A. P. Gould. (*Med. Times*, 12 novembre.)

Charbon. — Note sur un cas de pustule maligne traitée par la teinture d'iode, par Thévenot. (*Union médicale*, 13 novembre.) — Note sur un cas de pustule maligne traitée par la teinture d'iode, par Napias et Thévenot. (*Revue d'hygiène*, novembre.) — Du sang de rate et des maladies infectieuses qui s'en rapprochent, par Huber. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 477, 21 novembre.) — Du sang de rate, par Zuern. (*Ibid.*) — Études sur les microbes de l'infection charbonneuse, par A. P. Pokker. (*Ned. Tijdschr. Voor Geneesk*, n° 4, p. 49.)

Chauffage. — Le chauffage des maisons par les calorifères à air chaud par W. O. Markham. (*Sanitary Record*, p. 321, mars.) — Du chauffage dans les villes, par Fischer. (*Revue d'hygiène*, octobre). — Chauffage et ventilation au point de vue hygiénique, par Rietschell. (*Ibid.*, octobre.)

Chéloïde. — De la chéloïde et de son traitement, par L. Delpech. (*Thèse de Paris*, n° 377.)

Chemin de fer. — Troubles psychiques consécutifs aux accidents de chemin de fer, par Kelp. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22.)

Chimie. — La chimie au service de l'hygiène publique, par H. Fleck. (*Dresde*, 1881.)

Choléra. — Études sur le choléra indien, par Audhoul. (In-8°, *Paris.*) — Épidémie de choléra nostras occasionnée par l'ingestion d'eaux polluées par du purin, par Gontermann. (*Berliner klin. Woch.*, 5 décembre.) — Rapport sur la manifestation du choléra à Aden, par Dikson. (*Journ. d'hygiène*, 22 décembre.) — Traitement du choléra infantile par la résorcine, par Totenhofer. (*Breslauer aerzt. Zeitsch.*, 1880, n° 245.) — Note sur l'alimentation des cholériques, par T. M. Lownds. (*Edinb. med. journ.*, p. 444, novembre.)

Chorée. — Observations cliniques qui démontrent l'influence qu'exercent les émotions morales sur la production de la chorée, par J. Russell. (*Med. Times*, 16 juillet.) — Deux cents cas de chorée, par H.-C. Haven (*Boston med. and surg. journ.*, 29 septembre.) — Notes sur cent cas de chorée, par Strange. (*Brit. med. Journ.*, 16 juillet.) — Hémichorée sans hémianesthésie, par Galliard. (*Soc. anat.*, 27 mai.) — De l'utilité du tartre stibié à dose vomitive, dans certains cas de chorée, par Malherbe. (*Journal de méd. de l'Ouest*, octobre 1880.) — La chorée électrique, Revue générale, par A. Bianchi. (*Lo Sperimentale*), octobre, p. 385.

Choroïde. — Rupture de la choroïde, par Teillais. (*Journal de médecine de l'Ouest*, janvier.)

Chylurie. — Sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses, par

Mme Perrée. (*Thèse de Paris*, n° 382.) — Sur la chylurie, par G. Cattani. (*Gaz. med. lomb.*, n° 11.)

Cicatrisation. — De l'influence de l'immobilisation sur la cicatrisation des plaies, par E. Jacq. (*Thèse de Paris*, n° 402.)

Circulation. — De la circulation par influence, en particulier dans le sinus caverneux, par G. Rouch. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 35.)

Climat. — Du climat de Nice, de ses indications et contre-indications, par A. Baréty. (In-18, 128 pag. *Paris.*) — Climatologie de l'Égypte, par Goltdammer. (*Deutsche Med. Woch.*, n° 52.) — Le climat d'hiver de San-Remo, par Arthur Hassall. (*Brit. med. Journ.*, p. 659, octobre.) — Ventnor, l'île de Wight et ses avantages climatériques, par Thomson Parkes. (*New York med. Journ.*, mai.) — La saison d'hiver depuis novembre 1880 à avril 1881, à Rome, et la santé des étrangers dans les hôtels de cette ville, par Toscani. (*Rome.*) — Indications et contre-indications de Davos, avec statistique à l'appui, par O. Peters. (*Edinb med. Journ.*, p. 1100, juin.)

Cœur. — Anomalie du cœur : communications entre l'aorte et l'artère pulmonaire (chez un homme de 30 ans) et entre les ventricules droit et gauche, par Edwin Rickards. (*Brit. med. Journ.*, p. 71, juillet.) — Vice de conformation du cœur; mort, autopsie, par Nikolaev. (*Troudy Obchthesva rousskikh Vratchéi*, fasc. 3, p. 435.) — Sur l'action d'arrêt du pneumogastrique sur le cœur, par Bufalini et Cardarelli. (*Il Morgagni*, avril, p. 272 et 279.) — Sur un cas d'anomalie congénitale de l'aorte, dans un cas de sténose mitrale, par endocardite papillaire, par Petrone. (*Giorn. intern. del. scienc. med.*, fasc. 2, p. 113.) — Sur une communication interventriculaire congénitale du cœur, par Bernabel. (*Ibid.*, fasc. 2, p. 123.) — Quelques mots sur les bruits du cœur, par N. Treub. (*Med. Tidjschr. voor Geneesk*, 1881, n° 27, p. 40.) — Du cœur dans la tuberculose pulmonaire chronique, par W. Rowlatt. (*Thèse de Paris*, n° 424.) — Genèse des infarctus cardiaques : par P. Ehrlich. (*Centralbl. f. d. med. Wissench.*, n° 42.) — Valeur relative des signes physiques et des signes fonctionnels les plus importants pour le diagnostic clinique des lésions cardiaques, par F. Conte. (*Th. Montpellier*, n° 66.) — Quelques mots sur la température axillaire et locale dans les lésions cardiaques, par Z. Sabatier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nos 40, 41, 42.) — Étiologie des lésions valvulaires cardiaques, par Gibson. (*Birmingham med. Review*, oct. 1880.) — Du cœur gras, par Stoffella. (*Wien. med. Woch*, n° 26). — Le rétrécissement mitral latent chez les jeunes filles, par Fabre. (*Gaz. des hôpit.*, n° 128.) — De l'hérédité des affections valvulaires du cœur, par R.-H. Pierson (*Jahresb. d. Dresdener Ges. f. Natur. u. Heilkunde*, 1880-81.) — Les trois pneumopathies cardiaques, par Fabre. (*Gaz. des hôpit.*, n° 144, 16 décembre.) — Rétrécissement de l'artère pulmonaire, tuberculisation consécutive, par J.-V. Moore. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 537, déc.) — Du pronostic des affections valvulaires du cœur, par Fothergill. (*The Lancet*, 1er et 18 octobre.) — Lésions valvulaires ou organiques du cœur, par Laramée. (*Union méd. du Canada*, fév.) — Un cas d'insuffisance aortique ; mort subite, par Pollack. (*The Lancet*, 13 août.) — Thrombose cardiaque ancienne, caillots cardiaques avec ramollissement central pseudo-puriforme, par Lejard. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Anévrisme de la valvule mitrale; embolie de la crurale, par Laurand (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Deux cas de rupture complète et spontanée du cœur, par Klippel (*Soc. anat.*, 8 juillet.)

Conjonctive. — De la conjonctivite chronique simple, par Cuignet. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 7, p. 385 et n° 8, p. 498.) — Du traitement de la conjonc-

tivite granuleuse et de ses complications, par Joseph Brunel de Bonneville. (*Thèse de Paris*, 1880, n° 499.) — Des granulations de la conjonctive palpébrale et de leurs rapports avec les différents états constitutionnels, par Bruté. (*Archives d'ophtalmologie*, t. I, n° 4, p. 314.) — De l'inflammation de la conjonctive bulbaire chez les vieillards, par Walle. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25.) — Étude des conjonctivites, par Bonagente. (*Giorn. delle scienze med.*, III, p. 47.) — Conjonctivite diphtérique. — Traitement par une solution de sulfate de quinine (0 gr. 20 pour 30 gr. d'eau) en application sur l'œil et en instillations, par J. Tweedy. (*The Lancet*, vol. I, p. 125 et 282, 1880.) — Tumeur de la conjonctive (mélano-sarcome), par Teillais. (*Journal de médecine de l'Ouest*, janvier.)

Coqueluche. — De la coqueluche, par F.-R. Hogg. (*Med. Times and Gaz*, 25 juin.

Cornée. — Deux cas de pannus granuleux guéris par l'inoculation. — Rhumatisme blennorrhagique, sans urétrite, apparaissant avec la suppuration conjonctivale, par F. Poncet (de Cluny). (*Archives d'ophtalmologie*, t. I, n° 3, p. 213.) — Traitement des ulcérations de la cornée par les larges incisions, par Crawford Benton. (*Edinb. med. Journ.*, p. 233, sept.) — De l'emploi du fer rouge dans les affections de la cornée, par Fuchs. (*Wien. med. Woch.*, n° 22.)

Corps articulaires. — Corps étrangers du genou, chondrômes, par Heurtaux. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, décembre 1880.)

Corps étrangers. — Un épi de seigle dans les voies aériennes, par Paterachi. (*Lo Sperimentale*, mars, p. 244.) — Pénétration d'une semence de concombre dans les voies aériennes d'un enfant de 9 ans, par Marcacci. (*Lo Sperimentale*, mars, p. 261.) — Extraction par la trachéotomie, d'un caillou engagé dans la bronche droite; guérison, par Clément Lucas. (*The Lancet*, 19 novembre.) — Corps étrangers introduits dans les cavités naturelles, par Maccacci. (*Lo Sperimentale*, mai. p. 490.) — Corps étranger volumineux arrêté dans l'œsophage et rejeté ensuite sans accident par l'anus (il s'agit d'une pièce dentaire artificielle de plus de 4 centimètres de long, très irrégulière, et garnie d'un crochet métallique courbe extrêmement aigu), par Frédérick Palmer. (*The Lancet*, 10 décembre.) — Une pièce dentaire artificielle fixée dans l'œsophage; extraction à l'aide d'une pince; guérison, par Ernest Taylor. (*The Lancet*, 3 septembre. — Extraction d'un corps étranger, qui aurait séjourné pendant 4 ans dans le vagin, par Carter et Daly. (*London obstetrical Transactions*, vol. XXII, p. 34.) — Gros corps étranger du vagin ayant perforé la paroi de la vessie; extraction et fermeture de la fistule, par Carter. (*Ibid.*, vol. XXII, p. 38.) — Épingle à cheveux introduite dans la vessie (chez une femme) et devenue le noyau d'un calcul volumineux; extraction; guérison par Walter Rosser. (*The Lancet*, 3 déc.)

Couleur. — Discussion de la théorie des trois sensations colorées fondamentales : caractères distinctifs de ces couleurs. Note de A. Rosentiehl. (*Acad. des sciences*, 30 mai.) — Du mélange monoculaire des couleurs, par Szilagyi. (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 28.)

Coxalgie. — De la douleur dans la coxalgie. Pathogénie de la douleur du genou, par Alexandre. (*Thèse de Lille*, 2e série, n° 14.)

Crâne. — Atrophie sénile symétrique des pariétaux, par Ch. Féré. (*Soc. anat.*, 1er juillet.) — De la trigonocéphalie : contribution à l'étude des synostoses fœtales du crâne, par O. Küstner. (*Archiv für path. Anat.*, t. LXXXIII.)

— Contribution à l'étude de l'asymétrie du crâne, par W. Krause. (*Archiv für path. Anat.*, t. LXXXV, fasc. 2.) — Extraction heureuse, après apparition des phénomènes cérébraux secondaires, d'une balle de revolver logée dans le crâne, par O. Kappeler. (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, n° 23, p. 737, 1er décembre.) — Fracture du crâne et atrophie sénile symétrique des pariétaux, par Féré. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Fracture de la base du crâne; guérison, par Hunter. (*The Lancet*, 5 novembre.) — Fracture du crâne avec enfoncement; trépanation; guérison, par Edouard Cotterell. (*Ibid.*, 5 novembre.) — Fracture compliquée du crâne, avec lacération et issue de la substance cérébrale; guérison, par Le Page. (*Ibid.*, 5 novembre.) — Un cas de fracture comminutive de la voûte du crâne, avec enfoncement des fragments; trépanation; guérison, par Alfred Boon. (*Ibid.*, 5 novembre.) — Rocher. Fracture par balle enclavée; extraction, mort de méningite suppurée, par Gamgee. (*The Lancet*, vol. II, p. 538 et 574, 1880.) — Cas de fracture du crâne, longue de 25 centimètres, mort le 42e jour d'encéphalite et d'infection purulente, par M. L. Brown. (*Boston med. and surg. journ.*, 29 décembre.) — Deux cas de fracture des os du crâne avec dépression du frontal et du pariétal, épilepsie secondaire et trépanation; guérison, par Rich. Butcher. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 376, nov.) — Sur les tumeurs malignes des os du crâne, par Mercier-Valenton. (*Thèse de Paris*, n° 411.)

Cristallin. — Luxation du cristallin, par Teillais. (*Journal de méd. de l'Ouest*, janvier.)

Cysticerque. — Deux nouveaux cas de cysticerque rameux de l'encéphale, par Marchand. (*Breslauer aerz. Zeitschr.*, n° 8.) — Cas de cysticerques situés dans la substance de la moelle épinière, par G.-L. Walton. (*Boston med. and surg. journ.*, 1er décembre.)

D

Dent. — De l'iodoforme dans la pratique dentaire, par Witeinger. (*Wiener med. Woch.*, n° 44.) — De l'influence de la première dentition sur le développement de la blépharo-conjonctivite, par A. Augé. (*Thèse de Paris*, n° 422.)

Désinfectants. — Du tartre dentaire, par Lagaev. (*Troudy obchtchesva rousskikts Vratchii*, fasc. 3, p. 270.) — Étude expérimentale des désinfectants, par Lane Notter. (*Dublin Journal of med. science*, juin.)

Diabète. — Le coma diabétique, par Brissaud. (*Progrès médical*, 3 déc.) — Du coma diabétique; ses rapports avec l'acétonémie et l'embolie graisseuse, par R. H. Fitz. (*Boston med. and surg. journal*, 10 février.) — De la formation de sucre dans le foie et de diabète sucré, par Seegen. (*Wiener med. Woch.*, n° 14.) — Douleurs fulgurantes et myalgie des membres inférieurs chez un diabétique, par Raymond. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 45, 5 novembre.) — Étude clinique sur la pathologie et le traitement du diabète, par V. Budde. (*Uegeskr. for Läger*, 8 janvier, n° 3, p. 20.) — Deux cas de nécrose d'organes internes dans le diabète, par C. Israel. (*Archiv f. path. Anat.*, LXXIII, p. 181-189.) — Étiologie et traitement de la glycosurie et du diabète, par de Ferrari. (*Genève.*) — Un nouveau cas de mort chez un diabétique, avec phénomènes acétonémiques, par A. Kiss. (*Mém. de la Soc. de*

méd. de Strasbourg, XVII, p. 10-19.) — Étude sur l'anatomie pathologique et le traitement du diabète (*en danois*), par W. Budde. (*Uegeskr. for Läger*, 4e R., III, p. 2141-61.) — Cas de diabète sucré, guéri par la morphine, par W. G. Webber. (*Boston med. and surg. journal*, 22 septembre.) — Résultats de l'examen de 600 diabétiques, par Schmitz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48.) — Un cas d'anthrax dans le diabète, par Kraner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39.) — Un cas de diabète insipide traité avec succès par la teinture de valériane et le valérianate de zinc, par Richard Rior. (*The Lancet*, 15 octobre.) — Diabète insipide traité par l'électricité, par Clubbe. (*Ibid.*, 29 octobre.) — De la cataracte diabétique, par Jany. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49.) — Sur le traitement du diabète (*en russe*), par Gourchiorna. (*Med. Viestn.*, XXI, p. 12, 20, 27, 37.) — Cas de diabète traités par l'acide salicylique, par Chatham. (*Brit. med. journal*, p. 277.) — Un cas de diabète traité par la codéine, l'acide phénique et l'acide salicylique, par Bertolacci. (*St-George's Hosp. Rep.*, décembre.)

Diarrhée. — Étiologie de la diarrhée infantile, par M'Cook Weir. (*Nottingham.*) — Sur la diarrhée de Cochinchine, par Bettinger. (*Thèse de Nancy*, n° 127.)

Diphtérie. — De la respiration dans le croup, par Ledoux-Lebard. (*Thèse de Paris*, n° 407.) — Sur les moyens prophylactiques pouvant être employés contre la contagion de la diphtérie dans les hôpitaux de l'enfance, par Descroizilles. (*Union médicale*, 3 décembre.) — Note sur une épidémie de diphtérie dans un jardin Fröbel, par H. Girard. (*Revue médic. de la Suisse romande*, décembre.) — Note historique sur l'apparition de la diphtérie laryngée et bronchique à Glasgow, au commencement du XIXe siècle, par J. Finlayson. (*Glasgow med. journal*, juillet, p. 1.) — Épidémie de diphtérie à Standvejen (Danemark), par Ditlevsen. (*Uegeskr. for Laeger*, 16 juillet, n° 4, p. 46.) — Quelques remarques sur la diphtérie du pharynx, par Bagger. (*Ugeskr. for Laeger*, 23 juillet, n° 5, p. 58.) — De l'origine végétale de la diphtérie (elle serait produite par un champignon de la famille des moisissures), par Michael Taylor. (*Brit. med. journal*, juillet, p. 6.) — Du maillot humide dans la diphtérie et les fièvres éruptives, par Fiertz. (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, n° 22, p. 731, 15 novembre.) — L'hydrate de chloral dans le traitement local de la diphtérie, par Korn. (*Deutsche med. Woch.*, n° 22. — Du traitement de la diphtérie, par J.-B. Ayer. (*Boston med. and surg. journal*, décembre.) — De la diphtérie et de son traitement par la pilocarpine, par T. Courtois. (*Thèse de Paris*, n° 421.) — Contribution au traitement de la diphtérie, par Stoerk. (*Wiener med. Woch.*, n° 46.) — Sur un nouveau moyen de détruire les fausses membranes diphtériques (le glycérolé de pepsine), par Hale White. (*The Lancet*, 22 octobre.) — Du traitement de la diphtérie par la pilocarpine, par Payraudeau. (*Thèse de Paris*, n° 418.)

Doigt. — Retraction excessive d'un doigt; redressement; opération d'autoplastie à l'aide d'un lambeau cutané pris sur la partie latérale de la poitrine, par James Adams. (*The Lancet*, 3 décembre.) — Des plaies contuses de la main et des doigts et de leur traitement par la méthode antiseptique, par M. Couétoux. (*Thèse de Lille*, 2e sér., n° 18.) — De la contracture des orteils, par Nicoladoni. (*Wiener med. Woch.*, n° 51.) — Essai critique de chirurgie conservatrice à propos des plaies des doigts, par F. Roland. (*Thèse de Lille*, 2e sér., n° 22.)

Dysenterie. — De l'administration des benzoates dans la dysenterie, par Harris. (*India med. Gaz.*, 1er août.)

E

Eau. — Les eaux de Paris, par DE NEUVILLE. (*Journal d'hygiène*, 3 novembre.) — L'épuration des eaux d'égouts par le sol cultivé, par MARIÉ-DAVY. (*Journal d'hygiène*, 24 novembre.) — Procédé pour rendre potables les eaux magnésiennes et séléniteuses, par E. STROHL et E. BERNOU. (*Annales d'hygiène*, décembre.) — Sur la question de l'eau potable à Messine, par COSTA SAYA. (*Giorn. intern. del. scien. med.*, fasc. 3, p. 318.)

Eaux minérales. — Sur le rhumatisme noueux et son traitement par les eaux de Plombières, par POPU. (*Thèse de Lille*, n° 435.) — De l'analyse des échanges nutritifs et de l'action des eaux minérales, par EDLEFSEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23. — Rapport sur l'eau de la source dite « Pouhon du prince de Condé » de Spa (Belgique). — Rapport sur les eaux des « source Saint-Martin et source des Rosières » de Bonnefont (Haute-Loire), par J. LEFORT. (*Bulletin Acad. de médecine*, t. XI, n° 5.) — Rapport sur l'eau minérale de Campo-Cardetto (Corse). — Rapport sur l'eau minérale de Hunyadi-Laszlo, de Buda-Pesth (Hongrie), par J. LEFORT. (*Bulletin acad. de méd.*, t. XI, n° 1.) — Evian, ses eaux minérales et leur valeur thérapeutique, par TABERLET. (In-8°, 108 p., *Nice.*) — Sur l'absorption des eaux minérales par la surface cutanée. Note de CHAMPOUILLON. (*Compte rendu Acad. des sciences*, 25 avril.) — Les eaux minérales ferrugineuses au point de vue médical, par DROZDOV. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 3, p. 415.) — Projet d'organisation de l'inspection des eaux minérales du Caucase, par DROZDOV. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratcheï*, fasc. 3, p. 317.) — Capvern et ses deux sources; considérations sur la goutte et le diabète, par SANCERY. (In-16, *Pau.*) — Traitement de l'ataxie par les eaux thermales indifférentes, par HELLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24.)

Éclampsie. — Étiologie de l'éclampsie puerpérale, par HALBERTSMA. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 212.) — Éclampsie puerpérale sans albuminurie survenue au quatrième mois de la grossesse, par WILLIAM PRATT. (*The Lancet*, 17 septembre.) — Pilocarpine dans l'éclampsie, par J.-B. SLIOUNINE. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratcheï*, fasc. 2, p. 187.)

École. — Un type d'école à jour unilatéral à Saint-Denis, par LAYNAUD. (*Revue d'hyg.*, décembre.) — L'état sanitaire des écoles supérieures pour les deux sexes à Copenhague, par AXEL HERTEL. (*Copenhague*, 95 p., 2 pl.)

Eczéma. — De l'eczéma professionnel, par LEPAGNEZ. (*Thèse de Paris*, n° 394.) — Ignipuncture intra-dermique pour la cure radicale des eczémas invétérés de la face, par CHALOT. (*Gaz. hebd.*, Montpellier, n° 38.)

Électricité. — Compendium d'électrothérapie, par PIERSON. (In-8°, *Leipsig.*) — De l'électrisation généralisée, par MAIENFISCH. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Note sur les électrodes en surface, par FRANK FOSTER. (*New York med. journal*, juin. — Du pinceau faradique dans les hyperémies des centres nerveux et de leurs enveloppes, par RUMPF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36.) — De l'électrolyse pour détruire le développement anormal de poils, par J.-C. WHITE. (*Boston med. and surg. journ.*, 5 mai.) — Comment, à l'aide de l'acupuncture et de l'électricité, on peut déterminer le siège de balles ou d'objets métalliques dans le corps, par J. VANSANT. (*Boston med. and surg. journ.*, 8 septembre.)

Éléphantiasis. — Symptomatologie de l'éléphantiasis des Arabes avec observations prises à Sainte-Croix, par C. Neumann. (*Thèse de doctorat*, Copenhague. *In Ugeskr. for Läger*, 9 juillet.) — De la filaire du sang et de ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes et quelques autres maladies des pays chauds, revue par Barth. (*Annales de dermat.*, nos 3 et 4.)

Embolie. — Embolies graisseuses dans un cas de fracture comminutive des deux jambes, par Oxon. (*Lancet*, II, p. 47, 1880.)

Embryon. — Formation de tissu corné pendant la vie embryonnaire, par Zabludowski. (*Schenk's Embryol Mitteil. Wien.*, II, 3.) — De l'état des fléchisseurs communs des doigts dans la main des embryons humains, par S.-L. Schenk. (*Schenk's embryol. Mitteil. Wien.*, II, 3.) — Sur deux très jeunes embryons humains, par W. Krause. (*Zeitschr. f. Wissensch. zoologie*, XXXV, p. 131.)

Empoisonnement. — Deux cas de délire toxique d'une durée inusitée, par Mac Munn. (*The Lancet*, 3 septembre.) — Étude expérimentale sur l'empoisonnement aigu et chronique par la fumée de tabac, par Rosé. (*Thèse de Nancy*, n° 137.) — Intoxication par la pilocarpine, par Sziklai. (*Wien. mer. Woch.*, n° 35.) — Le morphinisme, par Gritti. (*L'Imparziale*, 30 mars.) — Nature et traitement de la morphiomanie, par Edward Mann. (*New York med. Journal*, octobre.) — Empoisonnement par les semences du solanum pseudo-capiscum, par E. Rabot. (*Revue d'hygiène*, novembre.) — Empoisonnement par un demi-grain de sulfate d'atropine chez une petite fille de 2 ans. Guérison, par Fitzmaurice. (*Lancet*, 3 septembre.)—Empoisonnement par un mélange de belladone et d'aconit, par J.-R. Hamilton. (*Edinb. med. journ.*, p. 443, nov.) — Un cas d'empoisonnement par la belladone (traité avec succès par le chloral), par Protheroe Smith. (*The Lancet*, 1er oct.)— Empoisonnement par l'aconitine, par P.-C. Plugge. (*Ned. Tydschr. voor Geneesk*, n° 40, p. 689. — Cas d'empoisonnement par des amandes amères, par Green. (*Med. Times*, 9 juillet.) — Empoisonnement par les amandes amères. Guérison par le lavage stomacal, par J.-B. Baker. (*Brit. med. journ.*, p. 12, juillet.) — Intoxication par les vapeurs de charbon avec éruption acnéiforme et troubles psychiques graves, par Barthélemy et Magnan. (*Annales d'hygiène*, VI, novembre.) — Recherches sur la forme aiguë de l'empoisonnement par l'acide carbonique, par G. Müller. (*Archiv für pathologische Anatomie*, Bd. 85, Heft. 2.) — Empoisonnement par le gaz d'éclairage, par H. Terry. (*Boston med. and surg. journ.*, 14 juillet.) — Empoisonnement par le chloroforme pris par les voies digestives. Mort, par Johannes Mygge. (*Nord. med. Arkiv*, Bd XIII. Hft n° 3.) — Empoisonnement par le nitrate de baryte. Mort, par Eschricht. (*Ugeskr. for Läger*, 1er octobre, n° 16.)— Empoisonnement cuprique par l'extrait mou de quinquina, par Lefour. (*Annales d'hygiène*, novembre.) — Dangers de l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre dans les préparations culinaires ; l'alun agent de sophistication pour la boulangerie et autres industries. Nombreux cas d'intoxication par le gâteau dit Saint-Honoré, par Delthil. (*Bullet. de l'Ac. de méd. gén.*, t. X, n° 33.) — Empoisonnement par l'acide phénique, à la suite de l'injection d'une solution de cet acide à 1 pour 40 dans la cavité d'un abcès froid. Mort, par E.-H. Bradford. (*Boston med. and surg. journ.*, 7 avril.) — Empoisonnement phéniqué produit par l'usage du pansement de Lister, et de la possibilité de le remplacer par un pansement antiseptique à base d'eucalyptus, par Rutherford Macphail. (*Edinb. med. Journ.*, p. 132, août.) — Hémoglobinurie dans un empoisonnement aigu par l'acide phénique, par P. Zur Nieden. (*Berliner klin. Wochens.*, 28 novembre.) — Empoisonnement accidentel par le bi-

chromate de potasse, par W. M'Lachlan. (*Glasg. med. Journ.*, juillet, p. 31.) — De la recherche de l'arsenic dans les tapisseries, par W.-B. Hills. (*Boston and surg. Journ.*, 13 janvier.)

Enchondrome. — Chondrome ostéoïde de l'extrémité supérieure du péroné, amputation de la cuisse, par Lacaze. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Enchondrome ossifiant du fémur, par Abraham. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 357, oct.)

Endocarde. — Endocardite ulcéreuse, par Cayla. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — Un cas d'endocardite valvulaire aiguë chez un homme de 53 ans, par Colomiatti. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, octobre.)

Enfants. — Contributions pratiques à la médecine infantile. Pneumonie et pleurésie, par Baginsky. (*Tübingue*, 1880 et *Centralbl f. die med. Wissensch.*, n° 13.) — Manuel d'hygiène infantile, par Uffelmann. (In-8°, *Leipsig.*) — L'hygiène des enfants de la naissance au sevrage, par F. Lamanica. (*Journ. d'hyg.*, 20 oct.) — Du sort des enfants dans les pays chauds, par F.-R. Hogg. (*Med. Times*, 26 novembre.) — Du pesage systématique des enfants, par H.-C. Haven (*Boston med. and surg. journ.*, 8 septembre.) — De l'indigestion de lait chez les jeunes enfants, par Eustache Smith. (*Brit. med. Journ.*, p. 877, juin.) — Des maladies des enfants, par W.-H. Day. (*Londres.*) — Étiologie et symptômes des maladies mentales chez les enfants, par Schérpf. (*Jahr. f. Kinderh.*, XVI, Heft 3 et 4.) — Localisation particulière du rhumatisme aigu dans l'enfance, par Hirschprung. (*Jahr. f. Kinderh.*, XVI, 4.) De l'ascite pendant l'enfance. (*Med. Times*, 30 juillet.) — Sur une forme de dyspepsie qui se rencontre chez les enfants, par Arthur Hill Hassal. (*The Lancet*, 3 décembre.)

Épidémie. — Des sciences qui contribuent à nos connaissances épidémiologiques, par G. Buchanan. (*Med. Times*, 26 novembre.) — Exemples de l'évolution des épidémies et des rapports qui existent entre quelques maladies, par H. Pearse. (*Med. Times*, 3 sept.)

Épilepsie. — Des insuccès dans le traitement de l'épilepsie chez les aliénés, par Adam. (*Thèse de Nancy*, n° 126.) — De l'épilepsie hémiplégique, par E.-C. Seguin. (*Boston med. and surg. Jour.*, 21 juillet.) — L'albuminurie comme symptôme de l'accès épileptique, par G.-M. Fiori. (*L'Osservatore*, n°s 21, 22, etc.)

Érysipèle. — De la mort dans l'érysipèle, par Valleteau de Moulliac. (*Thèse de Paris*, n°s 399.)

Érythème. — De l'érythème artificiel, par Hallopeau. (*Soc. de biol.*, 3 déc.; *Gaz. méd. de Paris*, n° 51.) — Érythème estival ou érythème des foins, par Max Baruch. (*Berliner klin. Woch.*, 12 décembre.)

Estomac. — De l'irrigation stomacale; son application à la thérapeutique des empoisonnements, par Amat. (*Recueil de méd. mil.*) — Remarques sur la dilatation de l'estomac, par Wade. (*Brit. med. Journ.*, p. 471, sept.) — Gastrorrhée et hématémèse, par E.-L. Warren. (*Boston med. and surg. jour.*, 5 mai.) — Névrose liée à la dyspepsie, à la dilatation de l'estomac, par Leven. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 46, et *Soc. de biol.*, 22 octobre.) — Cancer latent de l'estomac, par Raymond. (*Gaz. des hôp.*, n° 150, 29 décembre.) — Accidents ayant simulé un étranglement herniaire; carcinome latent de l'estomac, par Laure. (*Lyon méd.*, 11 déc.) — L'extirpation du carcinome de l'estomac, par A.-P. Pokker. (*Med. Tijdschr voor Geneesk*, n° 14, p. 197.) — Ulcère de l'estomac; péritonite par perforation, vomissements fécaloïdes. Mort le 14e jour, par Delpeuch. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Traitement de la dilatation

stomacale par le lavage, par J. Lafage. (*Thèse de Paris*, n° 417.) — Le lavage de l'estomac et l'alimentation forcée au moyen de la sonde gastrique par Sevestre. (*Progrès médical*, 17-24 décembre.) — Contribution au traitement de la gastralgie nerveuse par les courants constants, par R. Vizzioli. (*Il Morgagni*, juin, p. 446.) — Action physiologique de l'atropine et de la pilocarpine sur l'estomac et l'intestin, par Morat. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 49, et *Soc. de biol.*, 12 novembre.)

Exanthème. — Un cas d'éruption bromique; éruption papulo-pustuleuse analogue à de l'ecthyma, produite par l'administration prolongée du bromure de fer, par Georges Thin (*The Lancet*, 15 octobre.) — Exanthème scarlatiniforme dû à l'emploi du benzoate de soude, par Hampeln. (*Saint-Petersb. med. Woch.*, n° 3.)

Exostose. — Observation d'exostoses multiples, par E. Shuttleworth. (*Brit. med. Journ.*, p. 976, déc.)

F

Fer. — De l'action du fer sur le sang et sur les organes hématopoiétiques. — Injection de sels de fer dans la cavité péritonéale chez les animaux et chez l'homme, par Pio Foa. (*Giorn. della accad. di Torino*, juin.) — De la présence du fer dans l'urine et dans les tumeurs mélaniques, par Kunkel. (*Würzburg. phys. med. Gesellsch.*)

Fièvre intermittente. — L'agent paludique, sa nature, sa genèse, par F. Careta. (*Thèse inaug. Barcelone.*) — De la fièvre de malaria à Pola, par A. V. Jilek. (*Wien.*) — Influence de la malaria sur les maladies aiguës, par A. Jamieson. (*Med. Times and Gaz.*, 22 octobre.) — Fièvre intermittente, par D. H. Batchelder. (*Boston med. and surg. journ.*, 8 décembre.)

Fièvre jaune. — De la fièvre jaune à la Martinique sous le rapport sanitaire, par Ballot. (In-8°, *Rochefort.*) — De la fièvre jaune contagieuse et non contagieuse, par E. H. Buckler. (*Boston med. and surg. journ.*, 25 juillet.)

Fistule. — Fistule stercoro-purulente sous-cutanée, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, n° 132.) — Un cas remarquable de fistule recto-vésicale et de calcul fécal chez un homme, par Roger Williams. (*The Lancet*, 1er octobre.) — De la guérison des fistules vésico-utéro-vaginales récentes, par Braun. (*Wien. med. Woch.*, n° 53.)

Fœtus. — De l'enregistrement des mouvements du fœtus à l'aide d'un gastrographe, par Braxton Hicks. (*London obstetrical transactions*, vol. 22, p. 134.) — Moule d'une tête de fœtus, présentant un sillon de la région temporale gauche déterminé par la pression contre le sacrum, par Roper. (*Ibid.*, vol. 22, p. 84.) — Influence de la température sur la vie du fœtus, par M. Vincent. (*Thèse de Paris*, n° 452.) — Recherches pratiquées sur des os de fœtus nouveau-nés et à terme, par Laennec. (*Journal de méd. de l'Ouest*, février.) — Sur la rétention anormale du fœtus chez les animaux domestiques, par Cagny. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, t. X, n° 42.)

Foie. — Anatomie pathologique des infiltrations graisseuses, amyloïdes et pigmentaires du foie, par Smith. (*The Lancet*, 27 août.) — Identité de l'a-

trophie jaune aiguë du foie avec l'intoxication phosphorée, par Ossikovszky. (*Wien. med. Woch.*, n° 33.) — Note sur un cas de cirrhose du foie développée sous les tropiques; trois paracentèses; guérison, par Courtenay. (*The Lancet*, 19 novembre.) — Observation, avec examen histologique, de dégénérescence du foie et des reins, par Juhel-Renoy. (*Revue de médecine*, novembre.) — Cas d'ictère par obstacle au cours de la bile, par Sidney Cowpland. (*Med. Times and gaz.*, 21 mai.) — Hépatite diffuse liée probablement à l'intoxication palustre des pays chauds; tuberculose pulmonaire, par Variot. (*Soc. anat.*, 27 mai.) — Cirrhose et infarctus hémorragiques du foie, par Quinlan. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 136, décembre.) — Des battements du foie, par David Drummond. (*Ibid.*, p. 296-412, oct.-nov.) — Considérations sur la cure de l'hépatite interstitielle chronique, par Feroci. (*Giorn. intern. delle scienc. med.*, fasc. 3, p. 305.) — Des éruptions cutanées dans l'ictère, par Bertreux. (*Thèse de Paris*, n° 436.) — Des cirrhoses mixtes, par E. Guiter. (*Thèse de Paris*, n° 450.) — Cancer primitif du foie, par Crisselli. (*Soc. anat.*, 2 avril.) — De la valeur de la paracentèse abdominale précoce et souvent répétée, comme traitement de la cirrhose du foie, par W. A. Duncan. (*Brit. med. journ*, p. 879, juin.) — Trois cas d'hépatotomie pour des abcès du foie, par Lawson Tait. (*Brit. med. journ.*, p. 884, juin.) — Sur le traitement des abcès du foie (deux cas de guérison par ponction aspiratrice répétée), par Henry Veale. (*The Lancet*, 3 septembre.)

Forceps. — De l'action rotatoire dans la manœuvre du forceps, par Stephenson. (*London obstetrical transactions*, vol. 22, p. 217.) — Un cas d'application de forceps sur le siège, par J. Grynfelt. (*Gazette hebd. Montpellier*, n°s 37 et 38.) — Forceps souple à tractions indépendantes, par Poullet. (*Lyon méd.*, 25 déc.)

Fracture. — De la formation du cal osseux externe dans les fractures des os longs, par G. Cattani. (*Gaz. med. Ital. Lomb.*, sér. VIII, tome 3.) — Fractures compliquées, traitement par la teinture de benjoin, par Brown. (*The Lancet*, vol. II, p. 9, 1880.) — Note sur un moyen très simple de reconnaître les fractures par coups de feu des diaphyses par la seule inspection des vêtements, par E. Delorme. (*Revue mil. de médecine*, t. I, p. 496.) — Fracture du maxillaire inférieur, suture osseuse, par Sebileau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 20.) — Fracture extra-capsulaire du col du fémur, pseudarthrose, par J. D. Monastyrskii. (*Troudy obchtchesva rousskikh, Vratchei*, fasc. 2, p. 221.) — Fracture du fémur par effort musculaire, par Vallin. (*Gaz. hebd.*, p. 596, 1880.) — Du traitement des fractures de cuisse à ciel ouvert, par Blessing. (*Thèse de Nancy*, n° 120.) — Du traitement du corps du fémur par l'extension continue, par D. Seguy. (*Thèse de Paris*, n° 427.) — Plaie de la région avec fracture de la rotule partielle. Réunion par première intention et guérison par le lister, par J. West. (*The Lancet*, vol. II, p. 768, 1880.) — Fracture étoilée de la cavité glénoïde de l'omoplate et de l'acromion, par Assaky. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Remarques cliniques sur le traitement des fractures de la rotule, par Lawson. (*The Lancet*, 17 décembre.) — Fracture oblique du tibia intéressant l'articulation du genou, par Vincent Jackson. (*The Lancet*, 1er octobre.) — Fracture compliquée des deux os de la jambe; réduction après résection des fragments; tétanos, amputation; guérison, par Walsh. (*The Lancet*, 19 décembre.) — Fracture de la clavicule. Blessure du poumon produite par le fragment externe. Emphysème sous-cutané. Pseudarthrose, par Gibier. (*France médicale*, 9 août.)

G

Gangrène. — De la gangrène des organes génitaux chez les nouvelles accouchées, par CARON. (*Thèse de Lille*, 2e série, n° 15.) — Sur un cas de gangrène foudroyante par cause d'endartérite, par MULLER. (*Thèse de Nancy*, n° 128.) — Gangrène des deux pieds; amputation des jambes. Guérison, par PRIDEAUX. (*The Lancet*, 27 août.)

Gastrostomie. — Deux cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, dans lesquels la gastrostomie a été pratiquée, par REEVES. (*Lancet*, 5 mars.) — Un cas de gastrostomie guéri, par SCHŒNBORN et FALKSON. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 décembre.) — De la gastrostomie et de l'œsophagotomie dans le cancer de l'œsophage (communication à la Société clinique de Londres, suivie d'une discussion), par GOLDING BIRD. (*The Lancet*, 19 novembre.) — Deux cas de gastrostomie dans le cours d'un cancer de l'œsophage, par MAC-GILL. (*Lancet*, 3 décembre.)

Genou. — Genu-valgum, quelques mots du traitement, par PARKER et BRODHURST. (*The Lancet*, vol. II, p. 818, 1880.) — Un cas de genu-valgum, traité par le redressement progressif, par FISHER. (*Lancet*, 17 septembre.)

Géographie médicale. — De l'île d'Hydra (Grèce) au point de vue médical et particulièrement du tzamaki, maladie spéciale de l'enfance et des maladies des plongeurs, par PARISIS et TETZIS. (In-8°, *Paris*.)

Glaucome. — Du glaucome, par MANDELSTAMM. (In-8°, *Leipzig*.) — *Idem*, par MAUTHNER. (*Wiesbade*.) — Sclérotomie dans le glaucome, par BADER. (*The Lancet*, vol. II, p. 298, 1880.) — *Idem*, par SPENCER WATSON. (*Ibid.*, vol. II, p. 399, 1880.) — Deux cas de glaucome aigu, guéris par des instillations d'ésérine, par PYE SMITH BUZZARD. (*Brit. med. journ.*, p. 981, décembre.)

Goutte. — Pièces anatomiques d'arthrites goutteuses, par FRIEDLAENDER. (*Berliner klin. Woch.*, 12 décembre.)

Grossesse. — Rétention d'urine par rétroflexion de l'utérus gravide, réduction de l'organe, par BOUILLY. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 53, 31 décembre.) — Conception chez une femme, dont l'hymen était imperforé, par C.-R. FRANCIS. (*Med. Times*, 29 octobre.) — Un cas de chorée dans la grossesse, traité avec succès par la dilatation du col de l'utérus, par BADE. (*London Obst. Transac.*, vol. XXII, p. 244.) — Utérus et ses annexes laissant voir une rupture de grossesse intra-utérine tubaire, par GOUSON. (*Ibid.*, p. 186, 241 et 242.) — Observation d'hydrorrhée pendant la grossesse, par GAYRAUD. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 42.) — Cancer opéré chez une femme enceinte, par POLAILLON. (*Soc. de chir.*, p. 417.) — Grossesse au cours d'un cancer. Accouchement à terme. Dilatation mécanique du col, forceps. Enfant vivant, rétablissement de la mère, par JAMES TURNBULL. (*The Lancet*, vol. II, p. 891, 1880.) — Du traitement de la grossesse extra-utérine, par W. T. LUSH. (*Boston med. and surg.*, 17 mars.) — Grossesse extra-utérine, par CHARLES BELL. (*Edinb. med. journ.*, p. 294, octobre.) — Grossesse extra-utérine. Expulsion du fœtus par le rectum. Guérison, par BULTEAU. (*Union médicale du Nord-Est*, octobre.) — Grossesse tubaire. Rupture du kyste; guérison, par H. BURCKHARDT. (*Berliner klin. Woch.*, 21 novembre.) —

Des grossesses extra-utérines, par A. Martin. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 décembre.) — Sur un cas de grossesse tubaire, par Lewis Davidson. (*The Lancet*, 12 novembre.)—Grossesse extra-utérine. Laparotomie au septième mois. Guérison, par Lawson Tait. (*The Lancet*, vol. II, p. 457. 1880.)

H

Helminthes. — Un parasite rare (le Gordius adulte) observé chez l'homme, par Fiori. (*Giorn. della R. Accademia di Torino*, novembre.) — Mort produite par la pénétration d'un ascaride lombricoïde dans la trachée, par Norman. (*Norsk. Mag. for Laegevidsk*, III R., 11 Bd, Hft 4, p. 272.) — Un cas de larves de l'œstrus ovis chez l'homme, par Kirschmann. (*Wiener med. Woch.*, n° 49.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie paroxystique, par Boos. (In-8°, *Halle.*) — Nouvelle forme d'hémoglobinurie chez l'homme, par Richard Fleischer. (*Berliner klinische Woch.*, 21 novembre, n° 47, p. 691.)

Hémorroïdes. — Excision au moyen d'un clamp en forme de tenaille, par G. Pollock. (*Lancet*, vol. II, p. 2 et 158, 1880.) — Valeur de ce procédé, par Clarke et Benham. (*Ibid.*, vol. II, p. 718, 835.)

Hémorragie. — De l'infection hémorragique (présence de zoogloea dans le sang), par Ant. Ceci. (*Trans. della R. Accademia dei Lincei*, V, p. 128.), — Autopsie d'un malade hémophilique, par Wickham Legg. (*Med. Times*, 24 décembre.) — Hémorragie accidentelle avant l'accouchement, par Partridge. (*New York med. journal*, décembre.)

Hernie. — Remarques sur deux cas de hernie étranglée, par Thomas Evelyn Little. (*Dublin journal of med. sc.*, p. 203, septembre. — Cas de hernie étranglée, par G. Jewett. (*Boston med. and surg. journal*, 28 juillet.) — Un cas de hernie inguinale anormale, par Busch. (*Berliner klin. Woch.*, 28 novembre. — Hernie inguinale guérie rapidement par l'ablation du sac devenu le siège de deux fibro-sarcomes, par L. Munaron. (*Gaz. med. ital. prov. Venet.*, 11 juin, p. 199.) — Hernie inguinale congénitale; étranglement chez un enfant de 14 mois; opération; guérison après péritonite, par W. Montague. (*Lancet*, vol. II, p. 575.) — Hernie inguinale étranglée. Coïncidence de trois autres hernies, par Georges Cowell. (*Lancet*, vol. II, p. 882.) — Hernie inguinale étranglée réduite en masse, par Hache (*Soc. anatom.*, 30 avril.) — Entérocèle partielle étranglée, par Dent. (*Lancet*, 5 novembre.) — Hernie inguinale réductible; cure radicale par l'opération de Warren (injection d'une solution tannique dans le tissu cellulaire au voisinage de l'anneau), par Bryant. (*Lancet*, 27 août.) — Hernie étranglée, kélotomie; extirpation de l'épiploon et du sac; occlusion de l'anneau; guérison, par J. Wood. (*Lancet*, 20 août.) — Particularité du mécanisme de l'étranglement dans la hernie crurale (torsion du bout supérieur de l'anse intestinale à la hauteur du collet du sac), par Dupont. (*Revue de la Suisse romande*, I, novembre.) — Hernie crurale étranglée; opération sans ouverture du sac; guérison, par Edward Thompson. (*Lancet*, vol. II, p. 499.) — Hernie ombilicale étranglée; opération avec ouverture du sac; pansement de Lister; guérison, par Haynes Walton. (*Lancet*, vol. II, p. 51). — Relation d'un cas de hernie obturatrice avec kélotomie, suivie de guérison, par David Johnston. (*Edinburgh med. journal*, p. 308, octobre.) —

Sur la sécrétion intestinale dans les hernies avec gangrène, par JAFFÉ. (In-8°, *Leipzig.*) — Sur la hernie lombaire, par ROMASCU (*Thèse de Paris*, n° 437.) — Des hernies diaphragmatiques, par L. LACHER. (*Norsk. Mag. for Laegevidsk*, III R., II Bd, Heft 9, p. 686.)

Histologie. — Un couteau à irrigation pour la préparation des coupes microscopiques, par THANHOFER. (*Archiv f. mik. Anat.*, Bd XIX, Heft 2, p. 315.) — Coloration des bactéries par le violet de méthyle, par MALASSEZ. (*Soc de biol.*, 10 décembre, et *Gaz. méd. de Paris*, n° 53.) — De la constitution élémentaire des tissus, par ESTOR. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n°s 47, 48.)

Hôpital. — Le soin des malades dans nos hôpitaux, par HENRIQUES. (*Copenhague.*) — Compte rendu statistique de l'hôpital de Bergen, pour 1879, par SANDBERG. (*Norsk. Mag. for Laegevidsk*, III R., Bd 2, Heft 9, p. 645.) — L'hôpital Hertford à Levallois-Perret, par SANSON. (*Revue d'hygiène*, décembre.)

Hoquet. — Observation de hoquet persistant, très grave, avec vomissements incoercibles, pendant plusieurs semaines. Guérison par le haschich, par A. WHYNNE FOOT. (*Dublin journal of med. science*, p. 541, décembre.)

Hydatides. — Kystes hydatiques du cœur, du cerveau et des méninges, par LAURAND. (*Soc. anat.*, 27 mai.) — Kyste hydatique du cœur, par ARNOULD. (*Bulletin méd. du Nord*, octobre.) — Kyste hydatique du cerveau; mort; autopsie, par GOODSALL. (*Lancet*, 29 octobre.)—Des hydatides des organes respiratoires, par J. DAVIES THOMAS. (*Med. Times*, 25 juin.) — De l'aspirateur dans les cas de kystes hydatiques du foie. (*Med. Times*, 9 juillet.) — Un cas d'échinocoque multiloculaire du foie, par L. WALDSTEIN. (*Archiv f. path. Anat.*, t. 83.) — Observation d'hépatotomie dans un cas de kyste hydatique; guérison, par LAWSON TAIT. (*Brit. med. journal*, p. 81, juillet.) — Kyste hydatique du foie chez un enfant de quatre ans; ponction aspiratrice; guérison, par EDGE. (*Lancet*, 29 octobre.) — Des kystes hydatiques des reins, par ROMESTAN. (*Thèse de Paris*, n° 372.)

Hydrocèle. — Remarques cliniques sur certains cas d'hydrocèle, par C. OGILVIE WILL. (*Edinb. med. journal*, p. 15, juillet.) — Du traitement de l'hydrocèle et des kystes séreux, en général, par l'injection d'acide phénique (en solution concentrée), par R.-J. LEVIS. (*Boston med. and surg. journal*, 8 décembre.) — Sur un nouveau mode de traitement de l'hydrocèle, par REGAZZONI. (*Giorn. intern. delle sc. med.*, fasc. 3, p. 257.)

Hygiène. — Traité de climatologie et d'hygiène, par E. FAZIO. (In-8°, *Naples.*) — Compte rendu annuel de l'état de la santé publique à Copenhague, en 1880, par SCHLEISNER. (*Copenhague.*) — Histoire et statistique sanitaires de l'occupation de la Bosnie et de l'Herzégovine, en 1878, par PAUL MYRDACZ. (*Vienne.*) — Organisation et législation sanitaires en Angleterre, par J. ARNOULD. (*Annales d'hygiène*, p. 142, août.) — Organisation et législation sanitaires, en Belgique, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, et aux États-Unis, par J. ARNOULD. (*Annales d'hygiène*, p. 492, décembre.) — Loi suédoise de 1874 sur l'hygiène publique. (*Annales d'hygiène*, novembre, p. 428.) — Législation sanitaire de la Serbie. (*Ibidem*, novembre.) — La laiterie hygiénique d'Aylesbury à Londres, par NOEL GUENEAU DE MUSSY. (*Revue d'hygiène*, p. 834, octobre.) — Du travail des femmes et des enfants dans les fabriques et les manufactures, par CORRADI. (*Revue d'hygiène*, p. 961, novembre.) — Recherches statistiques sur l'influence de la parturition sur la mortalité, la durée moyenne de la vie, la nature et la marche des maladies, par POINCARÉ. (*Annales d'hygiène*, décembre, p. 509.) — Topographie médicale de Valence, par PESET Y VIDAL. (1 vol. in-8°,

et *Journ. d'hyg.*, 6 octobre.) — Hygiène du citadin, par P. TABERNER. (In-8°, *Barcelone.*) — Sur l'état sanitaire des prisonniers en Italie, par RASERI. *(Rome.)* — Hygiène des émigrants à bord des navires de transport, par TURNER. (In-8°, *Boston.*) — De l'état hygrométrique de nos vêtements, par KLAS LINROTH. (*Zeitschr. f. Biol.*, XVII Bd, Heft 2.) — Conditions hygiéniques des garnis à la nuit, par GOLTDAMMER. (*Revue d'hygiène*, octobre, p. 878.) — Appareil automatique pour maintenir l'air des appartements dans un degré d'humidité suffisant, par RIETSCHELL. (*Annales d'hyg.*, p. 543, décembre.) — Des maladies régnantes dans les deux premiers trimestres de 1881, par J. TEISSIER. (*Lyon méd.*, 27 novembre.) — Détermination des mesures capables d'arrêter la propagation des maladies contagieuses, notamment la pleuro-pneumonie, par ABADIE. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 1er trimestre.) — Prophylaxie internationale des épidémies exotiques, par HIRSCH. (*Annales d'hyg.*, p. 534, décembre.) — Inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes bovines, par BOULEY. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. X, n° 36.) — Inconvénients qui peuvent résulter de l'accumulation des poussières dans les cabinets d'aisance, par ARMAINGAUD. (*Annales d'hyg.*, novembre.) — Du développement exanthématique sous l'influence des eaux malsaines et d'une mauvaise alimentation, par ROBINSKY. (In-8°, *Paris.*) — Des mesures prises à Athènes pour assurer la bonne qualité des eaux pendant la récente épidémie de fièvre typhoïde, par J.-G. JAEGER. (*Revue d'hyg.*, novembre.) — Des moyens de transport, loin des habitations, des déjections et des eaux-vannes, par LUIGI PAGLIANI. (*Revue d'hyg.*, novembre.) — Rapport au Conseil municipal de Melbourne sur la pollution de la Yerra. (*Sanitary record*, p. 57, août.) — De la substitution, dans les villages, du procédé de filtration des eaux sales, aux puisards, par G.-A. KENYON. (*Sanitary record*, p. 334, mars.) — De la ventilation des égouts par des grilles à ciel ouvert, par JOHN S. HODGSON. (*Sanitary record*, p. 329, mars.) — Tuyau d'évent pour les égouts, par ROBERT PARKER. (*Sanitary record*, p. 260, décembre.) — Le système d'égouts de la ville de Memphis, par WARING. (*Journal d'hyg.*, 3 novembre.) — Mode d'installation de salles dépositaires pour les morts, par FLINZER et ZENETTI. (*Annales d'hyg.*, p. 543, décembre.)

Hypnotisme. — Un cas de catalepsie avec réflexes vocaux, par SCHILLER. (*Breslauer aerztliche Zeitschrift*, n° 21, 1880.) — Des états hypnotiques et de leur genèse, par BERGER (*Breslauer aerztl. Zeitschrift*, 1880, n° 11, p. 12.) — De l'hypnotisme, par DROSDOW. (*Centralbl. f. die medic. Wissensch.*, n° 15.) — Cause psychologique des phénomènes hypnotiques, par G.-M. SCHNEIDER. (*Leipzig*, 1880.) — Activité des organes sensoriels dans l'état hypnotique (acuité sensorielle exagérée), par O. BERGER. (*Breslauer aerztl. Zeitschrift*, n° 7.) — De l'hypnotisme au point de vue médico-légal, par CH. VIBERT. (*Annales d'hyg.*, p. 399, novembre.) — Métalloscopie, hypnotisme et force neurique, par DUMONTPALLIER. (*Soc. de Biol.*, 10 décembre. *Gaz. méd. de Paris*, n° 52.)

Hystérie. — De l'hystérie chez l'homme, par FABRE. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 47.) — Note sur quelques phénomènes observés du côté de l'œil chez les hystéro-épileptiques, par FÉRÉ. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 50 et *Soc. de Biol.*, 12 novembre.) — De la prédisposition à l'hystérie, par BRIQUET. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. X, n° 38.) — Un cas d'hystéro-névrose, par G.-H. BIXBY. (*Boston med. and surg. journal*, 30 juin.) — Cas de contracture hystérique, par FINLAY. (*Med. Times*, 17 septembre.) — Quelques faits d'analgésie hystérique chez les enfants, par THOMAS BARLOW. (*Brit. med. journal*, décembre, p. 892.) — Mouvement de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques, par FÉRÉ. (*Progrès médical*, 31 décembre.) — Nouveau cas d'hystérie chez l'homme;

rapports de cette névrose avec la tuberculose, par A. Brousse (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 36.)

Hystérotomie. — Extirpation totale de l'utérus par le vagin, par Geyl. (*Ned. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 31, p. 529.) — Extirpation de l'utérus par le vagin, par Sanger. (*Ned. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 18, p. 261.) — L'excision totale de la matrice et la question du drainage abdominal, par Th. Kocher. (*Revue médicale de la Suisse romande*, novembre.) — Extirpation totale de l'utérus cancéreux et d'une portion du vagin, suivie de guérison, par Bottini. (*Gaz. med. ital. prov. Venet.*, 11 juin, p. 204.) — Sur un nouveau procédé pour l'extirpation de l'utérus, sur la paroi latérale de l'abdomen, avec relation d'un cas dans lequel elle fut commencée et non terminée, par G. Marcacci. (*Raccoglitore medico*, août, p. 133.) — De l'extirpation partielle ou totale de l'utérus; revue générale, par A. Ceccherelli. (*Lo Sperimentale*, août.) — De l'opération de Porro (relation d'un cas d'hystéro-ovaricotomie), par Al. Russell Simpson. (*Brit. med. journal*, juin, p. 956.)

I

Idiotie. — Sclérose tubéreuse ou hypertrophie des circonvolutions. Idiotie complète, par Bourneville et Bonnaire. (*Progrès médical*, 17 décembre.) — Glossomégalie et idiotie, par Parrot. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 50.)

Infection. — Les maladies infectieuses parasitaires au point de vue actuel, par A. Key. (*Hygiea*, octobre 1880 et janvier 1881.) — Étude sur l'infection putride, et recherches sur l'action pathogénique des produits de la putréfaction, par C. J. Salomonsen. (*Nord. med. Arkiv.*, Bd. XIII, f. 21, n° 9.)

Injections. — Sur les injections hypodermiques d'eau simple (soulagement, guérison de la douleur), par Ponte. (*Gaz. med. Venezuela.*)

Insolation. — Quatre cas de troubles cérébraux graves dus à l'excessive chaleur, par Mac Cansland. (*Brit. med. journ.* p. 123, juill.) — Un cas de coup de soleil, par Rogers Tillstone. (*The Lancet*, 27 août.)

Intestin. — Rétrécissements cicatriciels de l'intestin, par Remson. (*Thèse de Paris*, n° 392.) — Carcinome de l'iliaque; abcès de la paroi abdominale. Mort par péritonite, par Berne. (*Soc. anat.*, 1er juillet.) — De l'entérite membraneuse, par J. W. Goss. (*Boston med. and surg. journ.*, 2 juin.) — De la résection de l'intestin, par Schinzinger. (*Wien. med. Woch.*, n° 37.) — Un cas de résection circulaire de l'intestin grêle pour un rétrécissement cicatriciel; entéroraphie. Guérison, par Novaro et Concato. (*Giorn. della R. Acad. di. Torino*, décembre.)

Iodoforme. — Du pansement des plaies avec l'iodoforme, par H. Lebrun. (*Berlin. klin. Wochens.*, 21 novembre.) — Nouvelles expériences sur les applications de l'iodoforme en chirurgie, par Johann Mikulicz. (*Berliner klin. Wochens.*, 5 et 12 décemb.) — De l'iodoforme, par Coesfeld. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37.)

Iris. — Le ligament pectiné de l'iris pendant la période du développement embryonnaire, par Zaufarino. (*Schenk's embryol. Mitteil. Wien.*, II, 3.) — Déchirure de l'iris avec hémorragie considérable, énucléation de l'œil

hémophilie, par H. Jones. (*Lancet*, vol. II, p. 849, 1880.)—Morphologie et genèse du coloboma de l'iris, par von Mittelstadt. (*Arch. of ophthalm.*, IX, n° 4.)— Un cas de granulome de l'iris sans cellules géantes, par Tartuféri. (*Giorn della R. Acad. di Torino*, mai.)— De l'action comparée du bromhydrate d'homatropine, et du sulfate d'atropine sur l'iris et le muscle ciliaire, par Chas. Oliver. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet, p. 150.)

K

Kyste. — Kyste à contenu huileux, par Gillette. (*Soc. de Chir.*, p. 560.) — Kyste du sinus frontal, par Teillais. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, janvier.) — Kyste du petit doigt, par Le Fort. (*Bull. Soc. de chir.*, p. 517.) — Traitement des tumeurs sébacées, par E. Schilling. (*Allg. med. central Zeitung*, 1880, n° 1035.)

L

Lacrymales (Voies). — Traitement du catarrhe des voies lacrymales par les scarifications, par Schmidt-Rimpler. (*Berl. klin. Woch.*, 26 juillet 1880.)

Lait. — Industrie laitière en Danemark et en Suède, par E. Chesnel. (*Journ. d'hyg.*, 10 nov.) — Considérations médicales sur le lait concentré sans sucre, par Phil. de la Harpe. (*Revue médicale de la Suisse romande*, décembre.)

Langue. — Deux cas d'excision de la langue par la cavité buccale, par Frédérick Page. (*The Lancet*, 27 août.) — Sur l'excision de la langue à l'aide de ciseaux (avec 28 cas), par Walter Whitehead. (*The Lancet*, 22 oct.) — Leçon sur les ulcérations syphilitiques et cancéreuses de la langue, par Christopher Heath. (*Brit. med. journ.*, p. 953, juin.) — De la desquamation épithéliale de la langue, par V. Gautier. (*Revue de la Suisse rom.*, octobre et novembre.)

Laparotomie. — De la laparotomie dans l'occlusion intestinale, par Tempesti. (*Giorn. della R. acad. di Torino*, nov.) — Laparotomie et amputation utéro-ovarique (post partum) pour rupture de la matrice et incarcération des anses intestinales. Mort, par Fornari. (*Raccoglitore medico*, 10 mai, p. 413.) — Inconvénients de la méthode antiseptique dans la laparotomie, par A. Pagel. (*Le Sperimentale*, mai, 470.) — Laparo-hystérotomie mortelle pour myome levi-cellulaire interstitiel de l'utérus, par Cantalamessa. (*Il Morgagni*, juillet, p. 530.) — Fibromes vasculaires de la matrice avec ascite. Laparotomie et extirpation de la tumeur. Mort au onzième jour, par Gurruchart et Gutierrez. (*El siglo medico*, janvier.) — Fibromyome du fond de l'utérus, énucléé sans ouverture de l'utérus après laparotomie, par Martin. (*Berliner klin. Woch.*, 21 novembre.) — Extirpation de fibromes utérins par la laparotomie, par Thornton. (*London Obstetrical Transact.*, vol. XXII, p. 114.)

Larynx. — Études cliniques et histologiques sur la phtisie laryngée, par

SCHECH. (*Aertzl. Int. bl.*, 1880, nos 41 et 42.) — Phlegmon laryngé rétro-hyoïdien, œdème de la glotte : mort, par CHAUFFARD. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Laryngite catarrhale aiguë ; trachéotomie. Guérison, par H. HOOLE. (*Med. Times and gaz.*, 21 mai.) — Laryngite glottique hypertrophique chronique. Cathétérisme. Guérison, par MARIAN. (*Prager med. Woch.*, 1880, n° 46.) — Contribution à l'étude des névroses de la motilité du larynx, par FRANZ RIEGEL. (*Berliner klin. Woch.*, 12 décembre.) — Tentative de suicide par section de la gorge ; plaie du larynx et de l'œsophage ; guérison (avec quelques remarques sur les lavements alimentaires), par RENNIE. (*The Lancet*, 22 octobre.) — Paralysie des muscles abducteurs des cordes vocales chez un malade atteint d'ataxie locomotrice, par MORGAN. (*Med. Times*, 17 septembre.) — Paralysie unilatérale du muscle cricoaryténoïdien postérieur chez un enfant de six mois, par SOMMERBRODT. (*Breslauer aertzl. Zeitsch.*, n° 10.) — Conférences sur les maladies du larynx et des premières voies, par ISAMBERT. (In-8°, *Paris.*) — Épiglottite suppurée avec œdème de la glotte. Mort par asphyxie, par FREDET (à Royat). (*Ann. d'hyg.*, novembre.) — Un cas d'anesthésie (syphilitique?) du larynx, lésion du noyau d'origine de pneumogastrique, par OTT. (*Prager med. Woch.*, n° 4.) — Épingle retirée du larynx après quatre mois de séjour, par FODD. (*St-Louis cour. of med.*, février.) — Arête dans le larynx. Extraction. Guérison, par STETTER. (*Arch. für klin. Chir.*, XII, 1879.) — Sangsue restée 24 jours à l'entrée du larynx. Extraction. Guérison, par ELIAS. (*Gaz. méd. d'Orient*, XXII, 1879-80.)

Lèpre. — Un cas de lèpre au début, par MALLINS. (*The Lancet*, 10 déc.) — Lèpre, sclérodermie et axphyxie locale des extrémités, par APOLINARIS. (*Thèse Montpellier.*)

Leucémie. — Leucocythémie, par SAVARD. (*Soc. anat.*, 22 avril.) — Présentation d'une malade leucémique dont le frère atteint de la même affection avait été présenté également, par NAUNYN. (*Berliner klin. Wochen.*, 19 décembre.)

Ligature. — Sur la ligature de l'artère iliaque externe, par FARABEUF. (*Soc. de chir.*, p. 282.) — Observations sur l'emploi des ligatures en catgut (inconvénient d'employer des fils trop gros, dont le nœud, volumineux et difficile à résorber, joue le rôle d'un corps étranger, ulcère la paroi artérielle adjacente et détermine des hémorragies secondaires, par GAY FRENCH. (*The Lancet*, 19 novembre.)

Lipome. — Vaste lipome ulcéré, siégeant sur l'épaule et le bras du côté droit, par C. LABBÉ. (*Soc. anat.*, 3 juin.) — Lipome de la boule graisseuse de Bichat, par CERNÉ. (*Soc. anat.*, 6 mai.) — Lipome volumineux, développé dans la gaine du droit antérieur de la cuisse, par FÉRÉ. (*Soc. anat.*, 6 mai.)

Lithotritie. — Remarques sur la lithotritie moderne (description de quelques-uns des instruments les plus récents, avec figures), par HENRY BIGELOW. (*The Lancet*, 1er octobre.) — Rapports de la lithotripsie et de la litholapaxie, par DITTEL. (*Wien. med. Woch.*, n° 44.)

Lupus. — Emploi de l'iodoforme dans le lupus vulgaire, par RICHL. (*Wien. med. Woch.*, n° 19.)

Luxation. — Luxation du cubitus au poignet, par REVE. (*Lancet*, 20 août.) — Cas de luxation congénitale des deux hanches, chez une petite fille âgée de 4 ans, par POOLE. (*London Obstetrical Transactions*, vol. XXII, p. 214.) — Luxation iliaque chez un homme de 72 ans ; réduction sans accident par

flexion et abduction au 72e jour, par POLLOCK. (*Lancet*, vol. II, p. 130, 1880.) — Trois cas de luxation du genou, dont un avec menace de gangrène par lésion de l'artère poplitée, par THOMAS ANNANDALE. (*Lancet*, 26 novembre.) — Luxation du pied en dedans avec plaie et fracture. Réduction. Guérison, par GAY. (*Lancet*, vol. II, p. 936, 1880.) — Histoire d'une luxation imcomplète de l'apophyse articulaire inférieure de la 6e vertèbre cervicale, par G. BEDESCHI. (*Raccoglitore medico*, avril, p. 302.)

Lymphatique. — Des cœurs lymphatiques ; comment ils chassent la lymphe dans les veines avec lesquelles ils communiquent, par T. WHARTON JONES. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet, p. 70.) — De la tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte, par CLAVELIN. (*Thèse de Paris*, n° 434.) — Sur les adénites iliaques, par A. CASTEX. (*Thèse de Paris*, n° 390.) — Sur un cas de lymphadénome, par W. BERRY. (*Lancet*, vol. II, p. 377, 1880.) — Sarcome primitif des ganglions latéraux gauches du pharynx, par LAGRANGE. (*Soc. anat.*, 3 juin.) — Nouveaux faits en faveur de l'aspiration dans le traitement des bubons suppurés, par LE PILEUR. (*Annales de dermatologie*, 1880, p. 224 ; 1881, p. 308.)

M

Main. — Les affections nerveuses de la main, par VIVIAN POORE. (*The Lancet*, 3 et 17 septembre 1881.) — Chondrome ossifié de la main, par NICAISE et CHAMBARD. (*Journ. d'Anat. et de Physiologie*, mai.) — Analyse des mouvements involontaires de la main, par PERCY R. WILD. (*Edinb. med. journ.*, p. 289, octobre.) — Un succès de la chirurgie conservatrice dans une plaie de la main par arme à feu, par MIÉVILLE. (*Revue méd. de la Suisse rom.*, décembre.)

Maïs. — Les alcaloïdes du maïs gâté, par ARNOULD. (*Bulletin médical du Nord*, août.)

Mal de mer. — Par STOCKER. (*The Lancet*, 17 déc.) — Du mal de mer, ses causes et son traitement, par RUNN. (*Lancet*, 17 déc.)— Pathogénie et physiologie du mal de mer, par IRWIN. (*Lancet*, 26 novembre.)

Mal de Pott. — Mal de Pott simulé par la fatigue provoquée par des bottines à très hauts talons, par S. PULLIN. (*Lancet*, vol. II, p. 963, 1880.)

Maladies professionnelles. — De la coloration verdâtre des cheveux chez les vieux ouvriers en cuivre, par PETRI (de Detmold). (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — Des dangers ou inconvénients professionnels et publics de la fabrication de la soude, par OLIVIER. (*Thèse de Nancy*, n° 133.) — De la pododynie ou maladie des gardiens de la paix (Desprès), par T. B. CURTIS. (*Boston med. and surg. jour.*, 7 avril.)

Mamelle. — De la mammite chez l'homme, par P. MOIZARD. (*Thèse de Paris*, n° 414.) — Eczéma du mamelon et des deux seins, par CHAMBERS. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 266.) — Notes sur un galactogogue employé à la Jamaïque (infusion de feuilles vertes du cotonnier), par ANDERSON. (*Ibid.*, vol. XXII, p. 31.)

Massage. — Expériences sur le massage, par C. GUSSENBAUER. (*Prague.*)

Maxillaire. — Odontome de la mâchoire inférieure, par CHRISTOPHER HEATH.

(*Brit. med. journ.*, p. 669, octobre.) — Des abcès du sinus maxillaire, par DE MARSC. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.)

Médecine légale. — Recherches pratiquées sur des os de fœtus nouveau-nés et à terme, ayant pour but de comparer ces os à des ossements soumis à son examen à la suite d'une expertise méd. légale, par TH. LAENNEC. (*Journ. de l'Ouest*, 1er trimestre.) — La mort de l'apprenti confiseur Hermann est-elle la conséquence d'une blessure du genou ou d'autres lésions, par FRIEDBERG. (*Wien. med. Woch*, n° 12.)—Le secret médical et les déclarations de naissances, par A. LUTAUD. (*Annales d'hygiène*, p. 527, décembre.) — Sur la responsabilité douteuse au point de vue médico-légal, par PONTOPPIDAN. (*Ugeskr. for Laeger*, 29 janvier, n° 6, p. 81, n° 7, p. 97.)—Rapport médico-légal sur l'état mental de Félix Lemaître, inculpé d'assassinat, par LEGRAND DU SAULLE. (*Annales d'hygiène*, p. 484, décembre.)

Médecine militaire. — La nouvelle caserne des recrues de Skeppsholm, par F. EKLUND. (Broch. in-8, *Stockolm.*) —Rapport sur la section de médecine militaire de la 54e réunion des médecins et naturalistes allemands à Salzburg (18-21 septembre 1881), par ROTH. (*Deutsche militair. Zschft*, n° 12.) — Statistique générale des maladies traitées dans les hôpitaux de garnison du Danemark, 1880, par SALOMON. (*Ugeskr. for Laeger*, 23 juillet, n° 5, p. 70.) — Études sanitaires sur les établissements militaires anglais de la Méditerranée, par P. LONGUET. (*Revue mil. de méd.*, I, p. 697.) — De la désinfection dans les quartiers militaires, par GRANJUX. (*Rev. milit. de méd.*, I, p. 732.) — Du transport des blessés sur les voies ferrées, par GROSS. (*Revue mil. de méd.*, t. I, p. 498-661.) — Antisepsie primitive sur le champ de bataille, par DZIEWONSKI et FIX. (In-8, *Nancy.*) — Sur le mécanisme des fractures des os longs, en particulier par coups de feu, par BORNHAUPT. (*Revue milit. de méd.*, t. I, p. 481 et 721.)

Mélanose. — Un cas de sarcome mélanique à marche rapide développé dans la fosse temporale; envahissement de la cavité crânienne; mort, par RANSFORD. (*The Lancet*, 24 décembre.)

Méninge. — Du pouls et de la température dans la méningite tuberculeuse des enfants, par WOKELER. (*Jahrb. f. Kinderh.*, B. XVII, Heft 1.) — Sur la déviation conjugée des yeux et de la face dans les lésions des méninges, par BECHTEREV. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 1, p. 101.) — Méningite aiguë idiopathique de la base du cerveau, par ANDREW CLARK. (*Med. Times and Gaz.*, 2 juillet.)

Menstruation. — Influence des lésions valvulaires du cœur sur la menstruation, par VALLON. (*Thèse de Paris*, n° 419.) — De la menstruation et de la pseudo-menstruation dans les fièvres typhiques, par BARTHEL. (*St-Peters. med. Woch.*, n° 2.) — Relations de la dysménorrhée avec l'antéflexion de l'utérus, par LOUIS ATTHILL. (*Brit. med. journ.*, p. 1010, déc.) — De la rétention menstruelle causée par l'imperforation de l'hymen, par LOUIS ATLEE. (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, juillet, p. 136.)

Moelle. — Contribution à l'étude des paralysies spinales antérieures subaiguës, par PROUST et COMBY. (*Progrès médical*, 3 décembre.) — Anatomie et physiologie pathologiques de la sclérose en plaques, par JACQUIN. (*Thèse de Nancy*, n° 132.) — Myélite chronique : pyélite, hydronéphrose, par FINNY. (*Dublin journ. of med. Sc.*, p. 257, septembre.) — Polio-myélite antérieure subaiguë à forme hémiplégique, par CANTILENA. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 358.) — Notes sur quatre cas de poliomyélite antérieure aiguë, par W. WILHERS MOORE. (*Brit. med. journ.*, p. 3, juillet.) Myélite aiguë chez une jeune fille de 17 ans, par RAYMOND. (*Progrès médical*, 15-22 oc-

tobre.) — Observation de crises bulbaires, de nature tabétique, par MARROTTE. (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, t. X, n° 46.) — De l'ataxie locomotrice et de la période qui précède l'ataxie, par T. STRETCH DOWSE. (*Med. Times*, 8 octobre.) — Un cas d'artropathie tabétique, par REETLEY. (*Lancet*, 22 octobre.) — Altérations particulières de la moelle épinière dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique, par DAVID DRUMMOND. (*Lancet*, 15 octobre.) — Du diagnostic de l'ataxie locomotrice à son début, par J.-J. PUTNAM. (*Boston med. and surg. journ.*, 24 février.) — Sur quelques formes obscures de l'ataxie locomotrice (observation d'ataxie fruste, caractérisée seulement par des crises gastriques, ou par une arthropathie, ou par des troubles vésicaux, ou par de la paresie des jambes, et diagnostiquée dans tous ces cas par l'absence du réflexe rotulien), par THOMAS BUZZARD. (*Lancet*, 24 septembre.) — Diagnostic différentiel entre l'ataxie locomotrice et certains états fonctionnels qui peuvent la simuler, par ROCKWELL. (*New York med. Journ.*, mai.) — De l'hémiplégie des ataxiques, par DEBOVE. (*Progrès médical*, 24-31 décembre.) — Trois cas d'ataxie locomotrice à symptômes insolites (absence d'incoordination motrice, cécité précoce, début par les membres supérieurs, etc.), par STOKES HATTON. (*British med. journ.*, p. 82, juillet.) — Hémiopie unilatérale dans un cas d'ataxie locomotrice, par GOWERS. (*Br. med. journ.*, p. 982, décembre.) — De la commotion de la moelle, par R. M. HODGES. (*Boston med. and surg. journ.*, 21 avril.)

Molluscum. — De la nature et des affinités du molluscum contagiosum, par A. MORISON et B. G. MORISON. (*Med. Times and Gaz.*, 28 mai.)

Monstre. — Note sur un monstre du genre jasicepa, par MAYOR. (*Soc. anat.*, 8 juillet.) — Monstruosité. Hernie du cordon ombilical. Hydrocéphale, par BREUS. (*Wien. med. Woch.*, n° 11.) — Description d'un monstre double, par A.-W. BLODGETT. (*Boston med. and surg. journ.*, 1er septembre.) — Un monstre double, par J. STEDMAN. (*Ibid.*, 22 decembre.) — Un cas de monstre célosomien, par PILAT. (*Bulletin médical du Nord*, octobre.)

Mortalité. — Statistique de la mortalité de la maternité d'Edimbourg. (*Ed. med. journ.*, p. III, août.) — Remarques sur la mortalité à Saint-Thomas, par PONTOPPIDAN. (*Ugeskr. for Laeger*, 12 février, nos 8 et 9, p. 113.)

Morve. — Un cas de morve chez l'homme, par PELZL. (*Wien. med. Woch.*, n° 26.)

Muscle. — Quelques recherches relatives à la mécanique du muscle, par MENDELSSOHN. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 47. Soc. de biol., 29 octobre.) — Rapport des muscles de l'avant-bras avec les articulations de la main et des doigts, par EM. WEBER. (*Würzburger phys. med. Verhandl.*, XV, p. 63.) — Sur la nature de la contraction volontaire des muscles, par CH. LOVÉN. (*Nord. med. Arkiv.*, XIII Bd.) — De la contraction musculaire paradoxale, par MENDELSSOHN. (*St. Pet. med. Woch.*, n° 10.) — Répartition de la force dans les muscles des extrémités supérieure et inférieure, par P. F. LESGAFT. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 1, p. 156.) — De la régénération du tissu musculaire strié, par R. DOZE. (*Th. Montpellier*, n° 63.) — Cas de paralysie et d'atrophie musculaire descendantes, progressives, à forme irrégulière, par A. DE GIOVANNI. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, 25 juin, p. 215.) — Localisation initiale de l'atrophie musculaire progressive, par SELIG MÜLLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 48.)

Myxœdème. — Cachexie pachydermique, revue par MERKLEN. (*Annales de dermat.*, n° 2.) — Étiologie et pathologie de myxœdème, par MOHARED. (*Lancet*, 24 décembre.) — Cas divers de myxœdème, par LUNN, CAVAFY et

Ord. (*Lancet*, décembre.) — Cas divers de myxœdème, par John Kerkin. (*Lancet*, 10 décembre.) — Deux observations de myxœdema (cachexie pachydermique), par J. R. Lunn. (*Brit. med. journ.*, p. 1017, décembre.)

N

Nerf. — Origine centrale des nerfs, par Golgi. (*Giorn. int. delle sc. med.*, n° 3.) — Contribution à l'étude de la fibre nerveuse à myéline et observations sur les corpuscules amylacés de l'encéphale et de la moelle épinière, par Ant. Ceci. (*Transunte della R. Acad. dei Lincei*, vol. 75.) — Etude sur la physiologie générale des nerfs et des muscles, par Biedermann. (*Vienne.*) — Étude sur la physiologie des éléments histologiques. Excitation mécanique des nerfs, par K. Hallsten. (*Nord. med. Arkiv*, XIII, *Bd.* I, *Heft* n° 9.) — Blessure du cou par instrument piquant, et section du nerf récurrent droit, suivie d'aphonie immédiate et absolue, par George Lefferts. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 155.) — Un cas de suture du nerf cubital, par M. Bernhardt et M. Treibel. (*Berliner klinische Wochens.*, 14 novembre.) — De la suture des nerfs et de leur réunion par première intention, par Falkenheim. (*Diss. inaug. Kœnigsberg.*) — Cas de distention du nerf cubital pour névralgie, par Fornari. (*Il Morgagni*, septembre, p. 677.) — Distension du sciatique pour ataxie locomotrice, *id.*, p. 679.) — Sur l'élongation nerveuse, par Loreta. (*Raccoglitore medico*, 20 mars, p. 233.) — Cas de sciatique ancienne et grave, traitée sans succès par la distension nerveuse, par Mugellini. (*Raccoglitore medico*, 30 juillet, p. 95.) — Trois cas d'élongation des nerfs, par Southam. (*The Lancet*, 8 octobre.) Un cas de sclérose des cordons latéraux. Élongation du sciatique gauche. Amélioration momentanée. — Un cas d'ataxie. Élongation du sciatique gauche. Atténuation des symptômes. — Un cas de tic spasmodique de la face. Élongation du nerf facial. Guérison. — Un cas d'extension des sciatiques dans l'ataxie locomotrice avec issue fatale rapide, par Kulenkampff. (*Berliner klin. Woch.*, 28 novembre.) — Du traitement des névralgies par les injections hypodermiques d'eau froide, par de Sizer. (*Union méd. du Canada*, février.) — De la pathologie et du traitement de certaines formes de névralgies, par Lange. (*Hosp. Tidende*, série 2, Band VII, p. 701.) — De la névralgie sus-orbitaire considérée dans ses rapports avec l'œil, par Faucheron. (*Rec. d'ophtalmologie*, p. 106 et 139.) — Traitement de la céphalalgie d'origine nerveuse et névralgique, par W.-H. Day. (*Med. Times*, 10 décembre.)

Névrose. — Sur quelques névroses vaso-motrices, par Gerhardt. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 209.) — Forme rare de névrose gastrique, par Meyerhoff. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 52.) — Essai sur la pathologie des névroses, par Ouspenskii. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 1, p. 41.) — Contribution à l'étude des trophonévroses, par A. de Giovanni. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, juin, n° 18.) — Traitement des psychoses par les médicaments, par Brosius. (*Deutsche med. Woch.*, n° 51.)

Nez. — De la rhinoplastie, par Schœnborn. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — Rhinolyte de la grosseur d'une noisette. Rétrécissement par hyperostose de la fosse nasale droite et polypes du cornet inférieur, par G. Weil. (*Prager med. Wochenschr.*, 1880, n° 45.) — Facilités pour diagnostiquer les affections du nez, par H. Allen. (*The american specialist.*,

1er novembre.) — Sur le polypotome nasal du professeur Gentile, par Bindi. (*Il Morgagni*, mai, p. 348.) — Sur les polypes naso-pharyngiens et leur propagation au cerveau, par N.-A. Petit. (*Thèse de Paris*, n° 376.)

Nutrition. — Des processus nutritifs chez les herbivores en état d'inanition, par M. Hubner. (*Zeitschr. f. Biol.*, Bd XVII, Heft II.) — Influence de la nutrition sur l'empoisonnement par la strychnine. Note de G. Delaunay. (*Acad. des sciences*, 5 septembre.)

Nystagmus. — Un cas de nystagmus acquis, par Anton. Magelssen. (*Norsk Mag. for Lägevidsk*, III R., 11e Bd, 4e Hft, p. 241.) — Pathogénie et étiologie du nystagmus des mineurs basée sur l'examen d'environ 7,500 ouvriers de mines, par A. Nieden. (*Berliner klinische Wochens.*, 14 novembre.)

O

Obésité. — De l'action des eaux d'Aulus dans le traitement de l'obésité, par Alrig. (*France méd.*, 21 avril.) — L'obésité, par de Saint-Germain. (*Union médicale*, 8 décembre.)

Obstétrique — Quatre cas rares d'obstétrique, par J. Dongall. (*Glasg. med. Journ.*, juillet, p. 23.)

Occlusion intestinale. — Obstruction par amas de vers intestinaux chez un homme de 40 ans. Opération d'Amussat; mort au 4e jour. Pas d'autopsie, par E. Downes. (*The Lancet*, vol. II, p. 893, 1880.) — Obstruction intestinale (vomissements fécaloïdes peut-être dus à une péritonite par perforation) dans le cours d'une fièvre typhoïde, par Al. Dempsey. (*Dublin Journ. of med. sc.*, p. 268, septembre.) — Occlusion intestinale, anneau fibreux double, intéressant seulement la muqueuse, développé sans cause connue, par Mathieu. (*Soc. anat.*, 6 mai.) — Occlusion intestinale par diverticulum de l'intestin grêle; entérotomie; mort par péritonite généralisée, par Guiter. (*Soc. anat.*, 6 mai.) — Courte étude sur le diagnostic de l'invagination intestinale, par Tries. (*Nord. med. Arkiv.*, Bd XIII, Hft 1.) — Considérations cliniques sur quelques cas d'occlusion intestinale, par A. Paci. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 375.)

Œil. — Compendium des maladies des yeux, par Hersing (In-8°, *Stuttgard.*) — Du développement de l'œil, par William Ayres. (*New York med. Journal*, juillet.) — Contribution anatomique et expérimentale à la connaissance du trachet optique et des organes centraux de l'appareil de la vision, par Tartuferi. (*Giorn. della R. Acad. di Torino*, juillet.) — Optométrie ophtalmoscopique à l'image renversée, par Parent. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 9, p. 544.) — Une modification de mon télémètre, par Landolt. (*Archives d'ophtalmologie*, t. I, n° 3 p. 212). — Optique physiologique. — Théorie de l'astigmatisme, par C.-J.-A. Leroy. (*Ibid.*, t. I, n° 384, p. 220 et 335.) — Relevé statistique des maladies soignées et des opérations pratiquées du 1er juillet 1880 au 1er juillet 1881 à la clinique ophtalmologique du Dr Galezowski, par F. Despagnet. *Recueil d'ophtalmologie*, n° 9, p. 513, n° 10, p. 578, n° 11, p. 641.) — Les yeux des étudiants en médecine, par Cohn. (*Heschl's med. Jahrb.*, Heft I, p. 21.) — Aniridie congénitale sans cataracte, par Brown. (*American Specialist.*, 1er nov.). — La chirurgie oculaire con-

servatrices, par VERDE. (*Il Morgagni*, mai, p. 343.) — Quelques cas d'ophtalmologie : 1° névrite optique ; 2° ischémie de la rétine guérie par le nitrite d'amyle ; 3° rétinite proliférante ; 4° traitement du décollement de la rétine par la ponction de la sclérotique ; 5° kératite bulbeuse ; 6° paralysie de la pupille et de l'accommodation unilatérale, par ALEXANDER. (*Deutsche med. Woch.*, n°s 40 et 41.) — Étude sur un cas de cryptophtalmos bilatéral, par E. HOCQUART. (*Archives d'ophtalmologie*, t. I, n° 4, p. 289.) — Trachomes. Opération d'entropion, boites à combinaisons de verres, par E. BOCKMANN. (*Norsk Mag. for Lagevidsk*, III R. II° Bd, 3° Hft, p. 209.) — Quelques mots de plus sur l'ophtalmie sympathique, par TH. H. MAC GILLAVRY. (*Ned Tijdschr. vor Geneesk*, n° 43.) — Trois cas d'atrophie simple des nerfs optiques chez des membres de la même famille, par HIGGENS. (*The Lancet*, 19 nov.) — Des affections du nerf optique et des paralysies musculaires consécutives aux blessures du crâne, par LEBER et DEUTSCHMANN. (*Arch. für Ophthalmologie*, B. XXVII, Abth. I et *Recueil d'ophtalmologie*, n° 9, p. 526.) — Notes sur les altérations de l'œil observées dans la paralysie générale, par C.-H. WILLIAMS. (*Boston med. and surg journ.*, 13 janvier.) — Embolie puerpérale septique de l'œil, par HIRSCHBERG. (*Arch. f. Ophth.*, t. IX, p. 299 et *Recueil d'ophtalmologie*, n° 10, p. 601.) — Corps étranger de l'œil ; tentative infructueuse d'extraction avec l'électro-aimant ; énucléation du globe, par SAMELSOHN. (*Berliner klin. Wochens.*, 5 décembre.) — Des corps étrangers de l'œil et des services que peuvent rendre les électro-aimants, au diagnostic et au traitement, par H.-C. HARDY (*Boston med. and surg. journ.*, 10 mars.) — Des traumatismes de l'œil, par E. EMMERT. (*Corresp. Blatt für schw. Aerzte*, 15 décembre.) — Du sarcome du tractus uvéal, par FUCHS. (Grand in-8°, *Vienne*.) — Tumeur du cartilage tarse traitée avec succès par l'électrolyse, par JULIUS ALTHAUS. (*The Lancet*, vol. II, p. 767, 1880.) — De la cautérisation ignée en thérapeutique oculaire, par C. LAVALLÉE. (*Thèse de Paris*, n° 423.) — Indications de la daboisine en oculistique, par HORNER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 22, p. 721, 15 novembre.) — De la suppression des collyres liquides, par CHIBERT. (*Archives d'ophtalmologie*, t. I, n° 4, p. 302.) — Note sur l'emploi thérapeutique de l'éserine, par E. THAU. (*Recueil d'ophtalm.*, n° 10, p. 583.)

Œsophage. — De la sonde œsophagienne à demeure, par RODET. (*Thèse de Paris*, n° 375.) — Examen de l'œsophage à l'aide du laryngoscope, par STŒRK. (*Wien. med. Woch.*, n° 8.) — Os d'agneau arrêté dans l'œsophage. Œsophagotomie au 4e jour ; mort, par MARCACCI. (*Lo Sperimentale*, mars, p. 251.)

Ongle. — De l'ongle incarné et d'un procédé spécial d'opération, par G. DAMÉE. (*Thèse de Paris*, n° 442.)

Orbite. — Sur un cas d'anévrisme de l'orbite guéri par la ligature de la carotide primitive, par WOLFE. (*Lancet*, 3 décembre.) — Fracture de l'orbite par un coup de corne de taureau ; enfoncement du plancher et luxation du globe de l'œil dans l'antre d'Highmore ; ablation du globe, par JOHN TWEEDY. (*Lancet*, 27 août.) — Deux cas de phlegmon de l'orbite, par TEILLAIS. (*Journal de médecine de l'Ouest*, janvier.)

Oreille. — Des maladies des oreilles et de leur traitement, par HARTMANN. (In-8°, *Cassel*.) — Manuel des maladies de l'œil et de l'oreille, par MITTENDORF. (In-8°, *New York*.) — Statistique de 100 maladies ; observations de bouchons de cérumen, de bouchons épithéliaux, d'exostose, d'otite moyenne séreuse, par BADER. (*Lancet*, vol. II, p. 212, 1880.) — Modification des ré-

fecteurs auriculaire et pharyngien, par D. Pomeroy. (*Journal of otology*, III, I.) — De l'arrivée de la voix et de la parole au labyrinthe, à travers les os du crâne et de la supériorité du phoniphère sur l'audiphone et le dentophone, par G. Paladino. (*Giorn. internation. delle science med.*, nouv. sér., II.) — Expériences relatives à l'audition bi-auriculaire, par Alexander Graham Bell. (*Amer. Journal of Otology*, juillet 1880.) — Des troubles de l'ouïe et de l'hygiène de l'oreille, etc, par Laurence Turnbull. (*Philadelphie*, 3e édit.) — De l'état actuel du diapason à Boston, par Charles-T. Miller et William-T. Miller. (*Amer. Journal of Otology*, octobre 1880.) — Des opérations qui réclament l'incision de la membrane tympanique, par J. Pollak. (*Allegm. Wiener med. Zeitung*, n° 40.) — Thérapeutique auriculaire, par L. Turnbull. (*Medical and surg rep.*, 2 août). — De la valeur des opérations qui nécessitent la paracentèse, par Sr John Roosa. (*Zeitschr. für Ohrenh.*, X, p. I.) — Du diagnostic clinique de la névrite et de l'atrophie du nerf auditif, par Sr John Roosa. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XI, I, p. 9). — Observation de maladie de Menière, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 41.) — Observation de diploparacousie, par Glauert. (*Berliner klin. Woch.*, novembre.) — Sur la dégénérescence calcaire de l'anneau tympanique, par Ciniselli. (*Il Morgagni*, mars, p. 214.) — Névralgie de l'auriculo-temporal, des branches auriculaire et mastoïdienne, du plexus cervical, de quelques filets du pneumogastrique, provoquée par un bouchon de cérumen développé dans le conduit auditif droit autour d'un grain d'avoine, entré à l'insu du malade, par Noquet. (*Bulletin médical du Nord*, octobre.) — Nouvelle voie pour la propagation des collections purulentes de l'oreille moyenne, et thérapeutique appropriée, par Bezold. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28.) — Traitement des suppurations de l'oreille moyenne, par Walb. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31.) — Tympan artificiel antiseptique, par Chardn. (*Wien. med. Presse*, n° 19.) — Brèves considérations sur les polypes de l'oreille (un polypotome d'occasion), par J. Grynfeltt. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n°s 43, 44, 45.) — Deux observations de polype s'insérant sur la membrane du tympan, par Noquet. (*Bulletin méd. du Nord*, octobre.) — Fibromes de l'oreille consécutifs à l'usage des boucles d'oreille, par Bum. (*St Pet. med. Woch.*, n° 31.) — Enclavement de corps étrangers dans le conduit auditif, par Francis H. Brown. (*Amer. Journ. of Otology*, III, 1.) — Effets de la quinine et de l'acide salicylique sur l'organe auditif, par With Kirchner (*Berliner klin. Woch.*, 5 décembre.) — Expériences relatives à l'action de la quinine et en particulier à son action sur l'organe auditif de l'homme à l'état physiologique, par P. Guder. (*Dissert. Berlin*, 1880.) — Trois modifications d'instruments d'otologie, par F.-M. Wilson. (*Zeitschrift für Ohrenh.*, XI, p. 5.)

Oreillons. — Épidémie de parotides parmi les soldats de la garnison de Stettin durant l'hiver de 1879-80, par Settekorn. (*Deuts. Archiv für klin. Medicin, Bd.* XXVIII, *Heft* 253.)

Os. — Des modifications mécaniques dans les cylindres osseux, par Roudanovsku. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 1, 10, 1.) — Des abcès épiphysaires, par Dubreuil. (*Gazette médicale de Paris*, n° 52, 24 décembre.) — Ostéite de l'extrémité inférieure du fémur, séquestre volumineux menaçant les vaisseaux poplités : résection de l'os malade au moyen de la gouge et du maillet ; guérison complète avec conservation du membre, par Rish Butcher. (*Dublin journ. of med. Sc.*, p. 396 nov.) — Tumeur de l'omoplate avec metastase dans le cœur, *Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 3. p. 431.) — Tumeur éburnée du sinus frontal, par Teillais. (*Journal de méd. de l'Ouest*, janvier.) — Ostéosarcome du quart inférieur du cubitus droit. Résection et désarticulation

de la moitié inférieure de l'os malade. Guérison, par GALAZZI. (*Il Morgagni*, août, p. 576.) — Sarcome ostéoïde du tibia chez un enfant de 14 ans : amputation de la jambe : généralisation au poumon six mois après : examen microscopique, par THOMSON. (*Dublin journ. of med. Sc.* p. 259, septembre.) — Ostéo-sarcome de fémur, désarticulation de la cuisse ; guérison. Récidive ultérieure dans le moignon et généralisation au poumon ; mort, par THOMAS BRYANT. (*Lancet*, 5 novembre.) — De la transplantation des os. Expériences de transplantation osseuse inter-humaine. Note de W. MAC EWEN. (*Acad. des Sciences*, 20 juin.) — Ostéotomie sous-trochantérienne pour une difformité coxalgique ; correction complète de la difformité, par MARGARY. (*L'Osservatore*, 3 mai, p. 273.)

Ovaire. — Un cas de tumeur de l'ovaire traitée par incision et drainage, par GAILLARD THOMAS. (*New York med. journal*, juin.) — Rupture traumatique d'un kyste de l'ovaire ; effusion du liquide dans le péritoine; résorption, atrophie de l'enveloppe kystique et de son pédicule, par WILTSHIRE. (*Lancet*, 22 octobre.) — Observation de rupture d'un kyste de l'ovaire, par WILTSHIRE. (*Brit. med. journ.*, p. 669, octobre.) — Compresseur de l'ovaire, par FÉRÉ. (*Progrès médical*, 26 novembre.) — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu, par HACHE. (*Soc. Anat.*, 30 avril.) — Kyste du para-ovarien pédiculé et mobile, par GIBIER. (*Soc. anat.*, 3 juin.) — Contribution à la connaissance du mode de développement des kystes ovariques : épithélium vibratile, par FLAISCHLEN. (*Berliner klin. Wochens.*, 5 décembre.)

Ovariotomie. — Ovariotomie : adhérences, issue de liquide dans le péritoine. Guérison, par J. MOORE. (*Lancet*, vol. II, p. 216, 1880.) — Un cas d'ovariotomie, traitement intra-péritonéal de pédicule, par AUGUSTE REVERDIN. (*Revue méd. de la Suisse rom.*, décembre.) — Présentation d'une femme ayant subi une ovariotomie double pour kystes papillaires. Récidive péritonéale au bout de 9 mois, par LOEHLEIN. (*Berliner klin. Wochen.*, 5 décembre.)—Sur l'ovariotomie, par C.-J. ASK. (*Nord. med. Ark. Bd* XIII, *Hft* 2, n° 10.) — Ovariotomie, 7 cas, par HENRY HORSLEY. (*Lancet*, vol. II, p. 378, 1880.) — Kyste dermoïde de l'ovaire chez une enfant de sept ans : ovariotomie, guérison, par KNOWSLEY THORNTON. (*Brit. med. journ.*, p. 933, décembre.) — Kyste dermoïde de l'ovaire extirpé avec succès, par G. RUGGI. (*Raccoglitore medico*, mars n° 788.) — Remarques sur l'ablation des ovaires en cas de dysménorrhée et de tumeurs fibreuses de l'utérus, par E. MALINS. (*Brit. med. Journ.*, p. 385, septembre.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire, ovariotomie ; guérison, par VAN DE KNAAP. (*Ned. Tijdschr voor Geneesk*, n° 2, p. 17.) — Extirpation des ovaires dans un cas de dysménorrhée opiniâtre ; guérison, par SPANTON. (*Lancet*, 29 octobre.) — Quelques cas d'ovariotomie pratiquée avec pansement de Lister modifié, par GRANVILLE BANTOCK. (*Lancet*, 17-24 septembre.) — Tétanos consécutif à une ovariotomie ; mort le dix-septième jour, par JAMES BENNETT. (*The Lancet*, 3 décembre.) — Septième ovariotomie. Ligature double du pédicule et son abandon dans la cavité péritonéale, par D'ANTONA. (*Giorn. intern. del. Scien. med.* fasc., 1, p. 35.) — Relation de 14 cas d'ovariotomie complète, par ANGUS MACDONALD. (*Edinb. med. journ.*, p. 323, octobre.) — Ovariotomie suivie d'un abcès de la paroi abdominale : guérison, par WILL. HENDERSON. (*Brit. med. Jour.*, p. 153, juillet.) — 25 cas d'ovariotomie, par J. HOMANS. (*Boston med. and surg. journ.*, 20 janvier.) — Hystéro-épilepsie. Ovaires kystiques ; castration. Guérison, par MOURER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39.) — Ovariotomie et opération de Porro, par HERGOTT. (*Rev. méd. de l'Est*, octobre.)

P

Palais. — De la staphyloraphie, avec description d'un nouveau dilatateur des mâchoires, par VAIRANI. (*Giorn. della R. accad. di Torino*, mai.) — Fissure palatine. Staphyloraphie et uranoplastie simultanées, par BERG. (*Berliner klin. Woch.*, 12 décembre.)

Pancréas. — Abcès du pancréas, dû à un lombric volumineux obstruant le conduit pancréatique, par JOHN SHEA. (*The Lancet*, 5 novembre.)

Pansement. — Quinze mois de chirurgie antiseptique à l'Hôtel-Dieu de Lyon, résultats opératoires, par A. PONCET. (*Lyon méd.*, 13 nov.) — Le pansement rare de la clinique chirurgicale de Kiel, par J. PAULY. (*Berliner klin. Woch.*, 5 décembre.) — Une modification au traitement antiseptique de Lister (emploi du coton boraté), par JAMES LITTLE. (*New York med. journ.*, décembre.) — Note sur l'emploi de la soie salicylée dans le pansement des plaies, par W. HENRY BROWN. (*Lancet*, 8 octobre.) — Du pansement de Lister appliqué aux plaies par armes à feu (trois cas de fractures comminutives par projectiles de guerre, guéris sans amputation), par MORIARTZ. (*Lancet*, 3 septembre.) — De quelques accidents dus au pansement des plaies, par CHEVASSUS. (*Thèse de Paris*, n° 410.) — Les pansements à l'iodoforme, par A. CARLE. (*Gaz. della cliniche*, p. 289, 1880.) — La médication par l'iodoforme en chirurgie, par A. CARLE. (*L'Osservatore*, mai, n°s 19 et 20.)—Du pansement à l'iodoforme, par MOSETIG-MOORHOF (*Samml. klin. Vorträge*, n° 211.)

Paralysie. — Un cas de paralysie spinale spasmodique compliquée et à forme hémiplégique, par J.-H.-A. NIERMEISER. (*Ned. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 30, p. 453.) — Observations de paralysie *a pavore*, par P.-K. PEL. (*Ned. Tijdschr. voor Geneesk*, n° 19, p. 277.) — Paralysie faciale traumatique, par MACKENZIE BOOTH. (*Edinb. med. journ.*, p. 1096.)

Parasite. — Des maladies parasitaires de l'homme, par STEIN. (In-4°, *Lahr.*)

Parotide. — Cystosarcome phyllode de la parotide avec métastase pulmonaire, par CHIARI. (*Heschl's med. Jahrb.*, Heft I, p. 1.)

Paupière. — De la blépharite ciliaire, par VERNIER. (*Thèse de Paris*, n° 438.) — Emphysème des paupières et de l'orbite, par BAUDRY. (*Gaz. des hôpit.*, n° 139.) — Cancroïde de la paupière inférieure, par TEILLAIS. (*Journal de méd. de l'Ouest*, janvier.)

Peau. — Anatomie de la peau, par RENAUT. (*Annales de dermatologie*, avril.) — Revue générale sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, par E. CHAMBARD. (*Ann. de dermat.*, t. Ier, n°s 2, 3, 4 ; t. II, n° 2.) — Des diathèses dans leurs rapports avec les dermatoses, par GEMMA. (*Giornale ital. del. mal. vener. e del. pelle*, juin, p. 129.) — Rapports des dermatoses avec les diathèses scrofuleuses, arthritique, herpétique et syphilitique, par PIROCCHI. (*Giorn. ital. del. mal. venere et del. pelle*, avril, p. 65.) — Dermatologie de la face, par GUIBOUT. (*Union médicale*, 24 décembre.) — Sur les vergetures de la peau chez les névropathes, par FÉRÉOL et QUERMANNE. (*Progrès méd.*, 29 octobre.) — Des maladies de la peau qui peuvent être traitées par les scarifications linéaires, par AUBE. (*Thèse de Paris*, n° 324.)

Pellagre. — Sur la pellagre dans la province de Turin (1re partie), par LOMBROSO. (*Giorn. della R. accad. di Torino*, décembre.) — Étude sur la pellagre, par C. BONFIGLI. (*Raccoglitore medico*, 20 juillet.)

Pemphigus. — Pemphigus aigu fébrile, par HOWARD DAMON. (*Arch. of dermat.*, juillet.) — Recherches sur l'étiologie de la fièvre pemphigoïde, par GIBIER. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 46, et *Soc. de biol.*, 22 octobre.)

Pénis. — Traitement du phimosis par la dilatation, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôpit.*, n° 130.) — Déchirure du frein, hémostase par la suture, accès épileptique, par FINGER. (*Wien. med. Woch.*, n° 25.) — Sur la gangrène de la verge, par BOYER. (*Thèse de Paris*, n° 400.)

Peptone. — Contribution à l'étude de la peptonurie, par VON JAKSCH. (*Prager med. Woch.*, nos 14 et 15.) — Revue générale sur les peptones, par ALBERTONI. (*Lo Sperimentale*, mai, p. 503.)

Péricarde. — De la symphyse péricardique d'origine rhumatismale, par BARRS. (*Lancet*, 17-24 septembre.) — Dyspnée cardiaque avec bronchite légère; à l'autopsie, péricardite sèche tuberculeuse, cirrhose atrophique du foie, par LEJARD. (*Soc. anat.*, 27 mai.)

Périnée. — De l'utilité de la suture immédiate dans le traitement des déchirures incomplètes du périnée, par SEILER. (*Thèse de Nancy*, n 136.)

Péritoine. — Anatomie et chirurgie, par J. PEPPER. (*Lancet*, vol. II, p. 492, 1880.) — Péritonite chronique généralisée, par ALFRED CARROLL. (*New York med. journ.*, décembre.) — De la pelvi-péritonite subaiguë, par T. GAILLARD THOMAS. (*Boston med. and surg. journ.*, 28 avril.)

Peste. — Relation d'un voyage au foyer de la peste en Russie, par A. MALTHE. (*Nork. Magaz. for Lägevidsk*, III R. 11e Bd, 8e Hft, p. 485, 565.)

Pharmacologie. — Tableaux synoptiques de l'action des médicaments, par BERLIOZ. (In-8°, *Paris.*) — La liberté d'industrie appliquée à la pharmacie, par A. SAUTER. (*Genève.*). — De l'action de l'iodure et du bromure de potassium dans les affections cardiaques, par RENZI. (*Italian. med. gaz.*, janvier.) — Action de la digitale sur le cœur, par WOOD. (*Philad. med. Times*, 2 juillet.) — Sur la théorie moderne de l'action de la digitale, par TIBBIT. (*The Lancet*, 1er octobre.) — Action isolée et antagoniste de l'émétine et de l'atropine sur le cœur de la grenouille, par GRASSET et AMBLARD. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 47; *Soc. de biol.*, 5 novembre.) — Acide hydrobromique; son action sur la circulation et sur le système nerveux, par E.-T. REICHERT. (*Boston med. and surg. journ.*, 2 juin.) — La pilocarpine comme antidote de l'atropine, par KAUDERS. (*Wien. med. Woch.*, n° 45.) — De l'écorce de quebracho, par ROHRER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Du coto, par ROHRER. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 22, p. 723, 15 novembre.)

Pharynx.—Un cas de tumeur gommeuse du pharynx, par HUNTER MACKENZIE. (*Lancet*, 3 déc.) — Les végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, par DOJER. (*Ned. Tydsch. voor Geneesk*, n° 5, p. 65.) — Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne et ses inflammations, par WIESENER. (*Nord. med. Ark.*, Bd XII, Hft. I, n° 4.)

Phtisie. — La phtisie pulmonaire dans ses rapports avec l'hygiène, par DE GIOVANNI. (*Revo d'hygiène*, novembre.) — De quelques-unes des conditions d'origine et d'évolution de la phtisie pulmonaire, par BEVERLEY ROBINSON. (*Amer. journ. of the med. sc.*, juillet, p. 156.) — Un cas de phti-

sie granuleuse pleurale, par LANNOIS. (*Lyon méd.*, 18 déc.) — Phtisie granuleuse aiguë, par POTAIN. (*Gaz. des hôpit.*, n° 129.) — Phtisie pulmonaire compliquée de symptômes nerveux, simulant l'existence d'une méningite cérébro-spinale : résultats négatifs à l'autopsie, par CH. FINNY. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 255, septembre.) — Curabilité de la phtisie à des altitudes considérables, par THÉODORE WILLIAMS. (*Brit. med. journ.*, p. 975, déc.) — Traitement local de la phtisie par l'acide phénique, par ROBERT HAMILTON. (*Brit. med. journ.*, 10 juillet.) — Traitement de la phtisie laryngée, par MAURICE SCHMIDT. (*Edinb. med. journ.*, p. 240, septembre.) — Traitement de la phtisie par les inhalations médicamenteuses, par MACAULAY. (*Lancet*, 12 nov.)

Pied. — Section des orteils avec arrachement des tendons extenseurs et fléchisseurs et ruptures musculaires à distance, par JAMIN. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Recherches historiques dans le domaine de l'orthopédie, par E. KORMANN. (*Jahrb. für Kinderheilk.* Bd XVII, Heft I, p. 41.) — Un cas de pied-bot équin-varus, traité par la résection partielle du tarse, par BENNETT. (*Lancet*, 17 décembre.) — Pied-bot équin, traité avec succès par extension continue, sans ténotomie, par GREEN. (*New York med. journ.*, novembre.)

Placenta. — Un cas de rétention du placenta pendant sept mois (fausse couche à quatre mois ; métrorragies répétées ; après quelques doses d'ergot, expulsion spontanée d'un placenta momifié, non altéré, gros comme le poing), par JACOB. (*Lancet*, 27 août.) — Deux cas d'hémorragie intra-utérine par décollement prématuré du placenta avant l'accouchement, par BARNES. (*Lancet*, 17 décembre.) — Relation de cinq observations de placenta prævia, par JOHN GLAISTER. (*Edinb. med. journ.*, p. 304, oct.) — Sur l'enchatonnement du placenta, par BUDENDORF. (*Thèse de Nancy*, n° 130.)

Plaie. — Relation de l'autopsie du président Garfield. (*Brit. med. journ.*, p. 657, octobre.) — De la réunion immédiate des plaies d'armes à feu, par DE SANTI. (*Rev. mil. de méd.*, t. I, p. 578.)

Plèvre. — De la pleurésie franche chez les vieillards, par COLIN. (*Thèse de Nancy*, n° 124.) — Pleurésie aréolaire avec pneumonie chronique et péricardite purulente, par LE GENDRE. (*Soc. anat.*, 3 juin.) — Pleurésie double hémorragique avec formation de cholestérine, par CHURTON. (*Lancet*, 5 novembre.) — Des épanchements séreux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire, par FERRAND. (*Thèse de Paris*, n° 453.) — Pleurésie traumatique, par HARDY. (*Gaz. des hôpit.*, n° 127.) — Du bruit de succussion hippocratique. Remarques sur l'empyème, par SCHIFFERS. (*Annales de la Société de Liège*, novembre.) — De l'empyème pulsatile, par COMBY. (*Thèse de Paris*, n° 458.) — Pneumokoniose sidérotique, hydrothorax, thoracentèse, expectoration albumineuse ; mort, par COMBY. (*Soc. anat.*, 22 avril.) — Empyème double du côté droit, pleurotomie et vomique pulmonaire ; guérison, par A.-H. BOYS. (*Brit. med. journ.*, p. 978, décembre.) — De la gymnastique respiratoire et de ses effets, notamment dans le traitement des épanchements pleurétiques, par DESCAMPS. (*Ann. de la Soc. d'Anvers*, août.) — Nouvel aspirateur pour les liquides pleuraux, par GOLTDAMMER. (*Berliner klin. Woch.*, n° 47, p. 694, 21 nov.) — Sur le traitement de la pleurésie purulente, par CHEADLE. (*Lancet*, 5 et 12 novembre.) — Cas d'empyème vrai, guéri radicalement par la thoracentèse, par SCARPARI. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, n° 30, p. 297.) — Observations relatives à la thoracentèse antiseptique, par D. SMITH. (*Ugest. for Lager*, 8 octobre, n°s 17, 18, p. 241.) — Deux cas remarquables d'em-

pyème, avec remarques sur la thoracentèse, par Edw. Thompson. (*Brit. med. journ.*, p. 773, nov.) — De la thoracentèse au moyen du siphon, par H. Smidt. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 déc.)

Pneumothorax. — Un cas de pneumothorax traumatique, déterminé par une arête de poisson avalée et arrêtée dans l'œsophage; guérison, par Herbert Canton. (*Lancet*, 12 nov.)

Poumon. — Discussion sur la pneumonie pleurogène, par Duffey. (*Dublin journal of med. sc.*, p. 351, oct.) — De l'auscultation plessimétrique dans quelques maladies pleuro-pulmonaires et plus spécialement dans la pneumonie et la tuberculose, par L. Amirault. (*Thèse de Paris*, n° 420.) — Des moyens d'exploration dans les maladies de poitrine et de leur importance au point de vue du diagnostic, par Dahlerup. (*Ugeskr. for Läger*, 16 juil., n° 4, p. 38.) — Clinique sur quatre cas de pneumonie, par C. Handfield Jones. (*Med. Times and gaz.*, 9 juillet.) — Pneumonie contagieuse, par Daly. (*Lancet*, 12 nov.) — De l'asystolie. Des pneumonies chroniques chez les cardiaques et les pleurétiques, par Raymond. (*Progrès médical*, 12 nov.) — Sur la pneumonie chronique interstitielle des lobes supérieurs simulant la phtisie, par Petrone. (*Lo Sperimentale*, mai, p. 449.) — Des pneumonokonioses, par Bovira y Oliver. (*Broch.*, *Barcelone.*) — De l'iode dans la pneumonie croupale, par Riebe. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52.) — Inhalations antiseptiques dans les affections pulmonaires, par Sinclair Coghill. (*Brit. med. journ.*, p. 841, mai.) — Plaie du poumon gauche par un taraud de mine. Guérison, par Holmer. (*Lancet*, 29 octobre.) — Plaie pénétrante du poumon par un coup de baïonnette. Guérison, par O'Farrell. (*Lancet*, 29 octobre.) — Contusion du thorax; déchirure du poumon, par Bouilly. (*Gaz. des hôpit.*, n° 141.) — Recherches relatives aux conséquences de l'extirpation expérimentale des poumons, par Marcus. (*Gaz méd. de Paris*, n° 49, et *Soc. de biol.*, 9 nov.) — Contribution expérimentale à la question de l'extirpation des poumons, par Th. Gluck. (*Berliner klin. Woch.*, 31 octobre.) — La régénération des poumons par néoformation des bronches, par Petrone. (*Il Morgagni*, mars, p. 165.)

Prostate. — Abcès péri-prostatique ouvert dans l'urètre, le rectum et le péritoine, sans phénomènes ni lésions de péritonite; tuberculose génitale et pulmonaire, par Chapu. (*Soc. anat.*, 17 juin.)

Psoriasis. — Du psoriasis, par E. Lang. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 208.)

Puerpéral (État). — Ramollissement cérébral lié à la présence de micrococcus, dans l'infection puerpérale; 12 observations, par Th. Laffter. (*Breslauer ärtzl. Zeitchr.*, 1880, p. 205.) — De l'irrigation continue chez les femmes en couches, par Hildebrand. (*Berliner klin. Woch.*, 19 déc.)

R

Rachis. — Deux faits de déformations scolaires de la colonne vertébrale, par E. Ory. (*Revue d'hygiène*, novembre.) — Sur un cas de luxation traumatique de la région cervicale inférieure du rachis, compliquée d'hématomyélie localisée, par Spira. (*Thèse de Nancy*, n° 131.) — Sur le traitement des fractures indirectes récentes du rachis, par Carafi. (*Thèse de Paris*, n° 444.)

Rage. —Un cas de rage d'origine douteuse. Mort. Autopsie. Examen microscopique des centres nerveux, par S.-L. Abbat et R.-H. Fitz. (*Boston med. and surg. journ.*, 17 février.) — Un cas de rage traité par les injections sous-cutanées de morphine et d'atropine. Mort, par Fussell. (*The Lancet*, 3 septembre.) — Un cas de rage traitée par le curare. Mort. Autopsie, par Jennings. (*The Lancet*, 8 octobre.) — Les injections du virus rabique dans le torrent circulatoire ne provoquent pas l'éclosion de la rage et semblent conférer l'immunité. La rage peut être transmise par l'ingestion de matière rabique. Note de V. Galtier. (*Acad. des sciences*, 1er avril.) — La rage et l'hydrophobie dans le royaume de Pologne, par Lubelski. (*Revue d'hygiène*, octobre.)

Rate. — Extirpation de la rate, par Chiarleoni. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 14.)

Rectum. — Cancer du rectum, généralisation aux ganglions mésentériques, au foie, au péricarde, par Féré. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — La rectotomie interne dans les rétrécissements du rectum, 3 observations, par E. Tédenat. (*Montpellier médic.*, août.) — De l'exploration du rectum, par Kelsey. (*New York med. journal*, octobre.) — Extirpation d'une partie du rectum dans un cas d'épithélioma, par Henri Smith. (*The Lancet*, 17 septembre.) — Rectum. Rétrécissement syphilitique. Colotomie. Mort 2 mois après, par M. Campbell. (*The Lancet*, vol. II, p. 731, 1880.) — Observations sur le traitement chirurgical des maladies du rectum, par W. Ela. (*Boston med. and surg. journ.*, 7 juillet.) — Fistule recto-vaginale guérie par Maurer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27.)

Rein. — Physiologie du rein fœtal, par Wiener. (*Breslauer aerztl. Zeitsch.*, n° 18.) — Étude sur les conséquences des troubles circulatoires du rein, par S. Talma. (*Ned. Tijdschr. voor Geneesk.*, n° 33, p. 497.) — Un cas d'absence complète du rein droit, par Falk. (*Archiv für path. Anat.*, t. 83.) — Deux cas d'aphasie passagère, chez des malades atteints de la maladie de Bright, par T. M. Rotch. (*Boston med. and surg. journ.*, 19 mai.) — Des rapports qui existent entre les maladies du cœur et des reins, par R.-T. Edes. (*Boston med. and surg. journ.*, 19 mai.) — Un cas d'insuffisance mitrale dans la maladie de Bright, par Heitler. (*Wien. med. Woch.*, n° 40.) — Des troubles cardiaques liés à la néphrite interstitielle, par A. Turgard. (*Thèse de Lille*, 2e série, n° 21.) — Albuminurie aiguë avec hématurie. Mort par urémie, par Robert. (*Soc. anat.*, 30 avril.) — Rein unique en fer à cheval, par Féré. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Sur les néphrites, par L. Lacroix. (*Thèse de Lille*, 2e série, n° 19.) — Néphrite interstitielle. Hémorragie cérébrale, par A. Weynne Foot. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 343.) — Cirrhose des reins. Péricardite, par Harvey. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 345, octobre.) — Études sur le mal de Bright, et particulièrement sur le gros rein blanc non amyloïde, par E. Bull. (*Nord. med. Arkiv*, Band XIII, Heft 2, n° 11.) — Néphrite interstitielle. Myocardite sclereuse. Endocardite scléreuse et végétante. Embolies multiples. Mort, par Merklen. (*France médicale*, 6 août.) — Néphrite parenchymateuse. Catarrhe laryngo-bronchique avec œdème périlaryngé. Cyanose de la langue et de la muqueuse du plancher de la bouche. Pleurésie, pyo-pneumo-thorax, par Sorel. (*Soc. anat.*, 22 av.) — Sur les manifestations insolites du mal de Bright au début, par Huc-Monceaux. (*Thèse de Paris*, n° 396.) — Des altérations congénitales et acquises qui peuvent se rencontrer dans les cas de rein unique chez l'homme, par Sangalli. (*Giorn. intern. del. scienze med.*, fasc. 1, p. 1.) — Du déplacement accidentel des reins, par Rigal. (*Thèse de Paris*, n° 381.) —Reins mobiles, par D.-H. Hayden. (*Boston med. and surg. journ.*, 22 septembre.) — Rein à double bassinet avec un seul uretère, par Féré. (*Soc.*

anat., 3 juin.) — Calcul du rein. Phlegmon périnéphrique, par GALLIARD. (*Soc. anat.*, 26 mai.) — Myo-sarcome du rein chez un enfant de 13 mois, par EVE. — Myo-sarcome du rein chez un enfant de 13 mois, par WILLIAMS. (*Med. Times*. 12 novembre.) — Technique de la néphrotomie lombaire, par BERG. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.)

Résection. — Résection du poignet, procédé de ROGER WILLIAMS. (*The Lancet*, vol. II, p. 932, 1880.) — Résection sous-trochantérienne du fémur. Séquestrotomie secondaire et partielle de la diaphyse, par MAZZONI. (*Giorn. intern. del. scienze med.*, fasc. 4, p. 361.) — Trois cas de résection du genou, par RANSFORD. (*Lancet*, 22 octobre.) — Trois cas de résection du genou. Guérison, par CANT. (*Lancet*, 26 novembre.) — Ablation sanglante de la rotule dans l'ankylose angulaire et incurable du genou, par MAZZONI. (*Giorn. intern. del. scien. med.*, fasc. 1, p. 30.) — Résection de l'astragale, ses indications, et histoire d'une ablation tardive de cet os, par FOMBELLINI. (*L'Imparziale*, 15 avril, p. 201.)— De la résection dans les cas de pied-bot, par E.-H. BRADFORD. (*Boston med. and surg. journ.*, 15 septembre.)

Respiration. — Résumé de quelques expériences sur le mécanisme de la respiration par le nez et par la bouche, par SMESTER. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. X, n° 37.) — Nouvelles recherches sur les échanges gazeux de la respiration dans l'état de fièvre chez l'homme, par FRÆNKEL. (*Heschl's med. Jahrb.*, Heft 1, p. 87.)

Rétine. — Physiologie du pourpre rétinien, par WILLAM AYRES. (*New York med. journal*, mai.) — Sur un procédé expérimental pour la détermination de la sensibilité de la rétine aux impressions lumineuses colorées. Note de GILLET DE GRANDMONT. (*Acad. des sciences*, 23 mai.) — Des fonctions rétiniennes, par LANDOLT. (*Archives d'ophtalmologie*, t. I, n° 3, p. 193.) — De la prétendue commotion de la rétine, par HERDEGEN. (*Arch. f. Ophtalm.* et *Recueil d'ophtalmologie*, n° 9, p. 535.) — Sur le gliome de la rétine, par DE VINCENTIIS. (*Ann. d'ophtalm.*, X, p. 342.) — De la choriorétinite plastique consécutive aux blessures de l'orbite par armes à feu, par BERLIN. (*Wien. med. Woch.*, n° 28.)

Rhumatisme. — Des complications pulmonaires du rhumatisme articulaire aigu, par RAYMOND. (*Progrès médical*, 3 décembre.) — Quelques observations de rhumatisme cérébral, par O. DEBRICON. (*Thèse de Paris*, n° 373.) — Rhumatisme compliqué de péricardite, avec hyperthermie. Traitement par les bains froids. Guérison, par J. MAGEE FINNY. (*Brit. med. Journ.*, p. 932, décembre.) — Pathologie et traitement du rhumatisme aigu, au moyen d'applications locales de vesicatoires, par A. HARKIN. (*Dublin journ. of med. sc.*, p. 296, octobre.) — De la néphrite dans le cours du rhumatisme aigu, par Ch. LEEGARD. (*Norsk. Magaz. for Lägevidsk*, III R., 11° Band, Heft 6, p. 428.) — Leçon sur quelques cas rares de rhumatisme chronique dans lesquels la maladie avait atteint des articulations, qui, habituellement, ne sont sujettes qu'à la goutte, par J. HUTCHINSON. (*Med. Times*, 31 décembre.) — Statistique relative à l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu et subaigu, par Francis WARNER. (*Lancet*, 21 décembre.) — Du traitement du rhumatisme aigu et subaigu par les salicylates, par ISAMBARD OWEN. (*Lancet*, 24 décembre). — *Idem.*, par de HAVILLAND HALL. (*Lancet*, 24 décembre.) — Remarques sur l'emploi des salicylates dans le traitement du rhumatisme aigu (statistique considérable et très favorable à ce mode de traitement), par HILTON FAGGE. (*Lancet*, 17 decembre.)

Rougeole. — De la rougeole récurrente, avec observations, par J. AYER. (*Boston med. and surg. journ.*, 24 février.) — Épidémie de rougeole com-

pliquée d'amygdalites mortelles, par PERRIN. (*Revue de la Suisse romande*, novembre.) — Récidive rapide de rougeole, un mois et trois jours après la première atteinte, par BYRNE. (*Brit. med. journ.*, p. 1013, décembre.) — Épidémie de rougeole dans une crèche, par ARNOZAN. (*Annales d'hygiène*, novembre.) — Rougeole. Complication et traitement, par HARDY. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 151, 31 décembre.)

Rubéole. — De la rubéole, par RAYMOND. (*Progrès médical*, 10 décembre.) — La rubéole (Rotheln), ses symptômes et sa place nosologique, par JOHN BYERS. (*Brit. med. journ.*, p. 76, juillet.)

S

Sang. — Les éléments figurés du sang; anatomie et physiologie normale et pathologique, par ALEXANDRE DUANE. (*New York med. Journal*, juillet.) — Du développement des globules rouges du sang pendant la vie extra-utérine, par BIZZOZERO. (*Giornale della R. Acad. di Torino*, déc.) — Quelques observations comparatives sur l'état du sang dans la grossesse et dans la chlorose, par WILLCOCKS. (*Lancet*, 3 déc.) — Origine et formation des globules rouges dans la moelle des os, par MALASSEZ. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 49, et *Soc. de biol.*, 26 nov.) — De la crise hématique dans les maladies aiguës à défervescence brusque, par L. REYNE. (*Thèse de Paris*, n° 393.) — Sur le pouvoir rotatoire des substances albuminoïdes du sérum sanguin et leur dosage par circumpolarisation. Note de L. FRÉDÉRICQ. (*Comptes rendus Acad. des sciences*, 12 septembre.) — Recherches sur les corpuscules rouges du sang des vertébrés, par R. ARNDT. (*Archiv für path. Anat.*, t. LXXXIII.) — Des relations qui existent entre l'état du sang et des vaisseaux et la nutrition des tissus, par EDW. LONG FOX. (*Brit. med. Journ.*, p. 349, août.) — Des phénomènes observés dans les mouvements des leucocytes: leur signification au point de vue de la question des migrations, par LAVDOVSKII. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 3, p. 270.) — Sur la numération des globules sanguins, par LAACHE. (*Norsk mag. for Lagevidsk*, III R., II° Bd, I° Hft, p. 51. — Action de l'azobenzol sur l'organisme, et étude de quelques altérations de la matière colorante du sang, par SAARBACH. (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 39.)

Saturnisme. — De la doctrine de la goutte saturnine, par R. SAUNDBY. (*Med. Times*, 24 sept.)

Scarlatine. — Sur la période d'incubation de la scarlatine, de la varicelle, des oreillons et de la rubéole, par CLEMENT DREKER. (*The Lancet*, 29 octobre.) — Manie consécutive à la scarlatine, par RABUSKE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41.) — Épidémie de scarlatine de 1879-1880 dans le gymnase militaire de Saint-Pétersbourg, par MYCHKINE. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei v. S.-Peterbourgii*, fasc. 2, p. 241.) — Sur la scarlatine, par A. KOREY. (*Norsk mag. for Lægevidsk*, III R., II° Bd, 5° Heft, p. 301. — Scarlatine; angine gangréneuse; mort par hémorragie due à l'ulcération de l'artère carotide, par CATTLE. (*Brit. med. Journ.*, p. 897, déc.) — Fait de diphtérie de l'oreille dans la scarlatine, par LOUIS BLAU. (*Berliner klin.*, *Wochens.*, 5 et 12 décembre.)

Sclérodermie. — Contribution à la sclérodermie, par GUBIAN. (*Lyon méd.*, 25 déc.) — Observation de sclérodermie avec onichogryphosis (troubles

trophiques consécutifs à une fracture compliquée ayant nécessité la ligature de la brachiale et de l'axillaire), par Wœllfler. (*Prager Zeitschr. f. Heilk.*, II, p. 1.)

Scorbut. — Contribution à l'étude du scorbut, par Kretschy. (*Wien. med. Woch.*, n° 52.)

Scrofule. — Scrofule et tuberculose (revue critique), par Merklen. (*Annales de dermatol.*, 1880 et 1881.)

Serpent. — Note sur l'envenimation ophidienne étudiée dans les différents groupes de serpents, par Viaud Grand-Marais. (*Journal de médecine de l'Ouest*, janvier.)

Sexe. — Recherches expérimentales sur les conditions de la différenciation des sexes, par G. Born. (*Breslauer aertzl. Zeitschr.*, n°.3-5.)

Sperme. — De la spermatorrhée et de la prostatorrhée, par Furbringer. (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 207.)

Spina bifida. — Spina bifida chez une fille; tumeur du volume d'une tête d'enfant; extirpation; guérison, par Pye. (*Brit. med. Journ.*, 9 juillet.)

Strabisme. — De l'avancement du tendon dans le traitement du strabisme, par M. Testut. (*Thèse de Paris*, n° 432.)

Sueur. — Sur les anomalies de la sueur (hyperhydrose, amhydrose, bromhydrose, chromhydrose, etc., par H. Pooley. (*Ohio med. Rec.*, nov. et déc. 1880; janv., fév., mars 1881.) — De l'agaric dans le traitement des sueurs nocturnes, par R. Norris Wolfenden. (*Med. Times*, 8 octobre.)

Suicide. — Suicide par dynamite, par Alex. Leadmann. (*Brit. med. Journ.*, p. 159, juillet.)

Surdi-mutité. — De la surdi-mutité, par Lesur. (*Thèse de Paris*, n° 426.) — Méthode d'enseignement pour les sourds-muets, par T. Arnold. (In-8°, *Londres.*)

Synoviale. — Procédé opératoire pour guérir les synovites tendineuses du poignet (incision de la tumeur et du ligament annulaire du carpe), par J. Copeland. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, juillet, p. 143.)

Syphilis. — Sur l'histoire de la syphilis et son origine américaine, par Rollet. (*Lyon méd.*, 4 déc., p. 483.) — Syphilis chez une négresse, par Barthélemy. (*Ann. de derm.*, avril.) — Manuel pratique des maladies vénériennes, par Rizat. (In-12, *Paris.*) — Trois cas d'énucléation du chancre induré, par Bifani. (*Giorn. intern. del. scien. med.*, fasc. 3, p. 282.) — De la syphilis anomale grave, par E. Ott. (*Thèse de Paris*, n° 378.) — Inoculation de la syphilis par l'intermédiaire de greffes, par Deubel. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 45-59.) — Scrofule et syphilis, par Rinecker. (*Würzburger phys. med. Sitzungsber*, n° 2.) — Genèse de la syphilis héréditaire, par G. Caspary. (*Vierteljars. für Derm. und Syphilis*, p. 35.) — Syphilis et irritation, par J. Edmund Guentz. (*Berliner klin. Wochens.*, 12 et 19 décembre.) — De l'innocuité du lait des nourrices syphilitiques (une observation), par H. Serre. (*Gaz. hebd. Montpel.*, n°s 33 et 34.) — Sur les myélites syphilitiques, par Savard. (*Thèse de Paris*, n° 417.) — Note sur les relations entre la syphilis et l'ataxie locomotrice, par Julius Althaus. (*The Lancet*, 17 sept.) — La syphilis héréditaire et le rachitis, par Parrot. (*Progrès médical*, 16-26 novembre.) — Des formes curables des maladies chroniques du cœur et de la syphilis cardiaque, par G. Mayer. (*Aachen.*) — De la syphilis pulmonaire, par Pancritius. (In-8°, *Berlin.*) — Syphilis tertiaire; dégénéres-

cence amyloïde généralisée, broncho-pneumonie, pleurésie purulente; mort, par CHAUFFARD. (*Soc. anat.*, 22 avril.) — Chancre du nez chez une femme; accouchement prématuré, par PREWITT. (*American specialist*, 1er nov.) — Rétrécissement du vagin survenu chez une femme atteinte de syphilis tertiaire. Dilatation consécutive et mécanique du canal de l'urètre, par P. SPILLMANN. (*Annales de dermat.*, avril.) — La syphilis dentaire, par PARROT. (*Progrès médical*, 12 novembre.) — Pyohémie de cause insolite (chancre mou balano-préputial) simulant une fièvre typhoïde, par FUNKLL. (*The Lancet*, 2 juillet.) — Observation d'infiltration gommeuse des ganglions inguinaux, suivie d'une syphilide pustulo-crustacée, par F.-R. STURGIS. (*Boston med. and surg. Jour.*, 3 février.) — Amygdalite syphilitique double avec hypertrophie considérable et ulcérations gangréneuses, par FÉRÉOL. (*Union médicale*, 27 novembre.) — Syphilide localisée au tiers moyen de la trachée, par MACKENZIE. (*Heschl's med. Jahr.*, I, p. 75.) — Syphiloderme diffus polymorphe, par G. DI LORENZO. (*La Scuola med. napolitanea*, avril, p. 202.) — Un cas de papillome syphilitique du périnée et des régions avoisinantes, par COWELL. (*The Lancet*, 27 août.) — Six cas de nécrose syphilitique de la mâchoire; extraction de séquestre, trois fois par incision extérieure directe, et trois fois par la voie intra-buccale; guérison, par DOWNES. (*The Lancet*, 19 novembre.) — Lésions syphilitiques tertiaires du vagin, par S. RÉMY. (*Rev. méd. de l'Est*, sept. et oct.) — Paralysie syphilitique du nerf trijumeau, anesthésie de la face. Fonte purulente de l'œil. Gomme de la dure-mère. Destruction du ganglion de Gasser, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 1er novembre.) — Papules syphilitiques de la conjonctive palpébrale et bulbaire, par DOR. (*Annales de syphil.*, avril.) — Sur le bubon syphilitique suppuré, par LARAT. (*Thèse de Paris*, 29 déc.) — Du choix des médicaments dans le traitement de la syphilis, par SIGMUND. (*Wien. med. Woch.*, n° 42.)

T

Tabac. — Note pour servir à l'étude de la santé des ouvriers dans les manufactures de tabacs, par LOUIS POISSON. (*Annales d'hygiène*, novembre.) — Influence des manufactures de tabacs sur la menstruation, la grossesse et sur la santé des nouveau-nés, par PIASECKI. (*Revue d'hygiène*, novembre.)

Tænia. — Sur le traitement du tænia, par SEIFERT. (*Wien. med. Woch.*, n° 49.)

Taille. — Leçon clinique sur la taille latéralisée, par REEVES. (*The Lancet*, 3 décembre.)

Teigne. — La teigne pelade, par PROFETA. (*Giorn. inter. del. Scien. med.*, p. 62.) — De la teigne versicolore, par C. DUNCAN BULKLEY. (*Arch. of. Dermat.*, juillet.) — Sur un cas de sycosis non parasitaire généralisé, par BARTHÉLEMY. (*Annales de Dermat.*, juillet, p. 523.) — Traitement du sycosis, par KŒBNER. (*Berliner klinische Wochen.*, 14 novembre.)

Température. — Remarques sur un cas de température paradoxale (fraude découverte) par MAHOMED. (*Lancet*, 5 novembre.) — Sur un cas de températures excessives (fraude constatée) par STEPHEN MACKENZIE. (*Lancet*, 5 novembre.) — Des températures locales élevées, par WILLIAM SQUIRE.

(*Lancet*, 10 décembre.) — Des températures extrêmement basses dans les maladies mentales, par Bechterev. (*St. Pet. med. Woch.* n° 33 34.) — Cas de température élevée et variable, par James Little. (*Med. Times*, 2 décembre 1881.) — L'état de la température dans les organes périphériques, par J.-G. Edgren. (*Nord. med. Ark.*, XIII, Bd. 1 c., Hft n° 1.) — Traité de thermométrie médicale, par Rodriguez y Abatuya. (In 8°, *Madrid*).

Tendon. — Rupture du tendon du triceps fémoral: conservation de l'expansion du vaste interne, pas d'arthrite. Guérison, par Beck. (*The Lancet*, vol. II, p. 937, 1880.) — Coup de fouet, ou rupture du plantaire grêle, par Judson. (*New York med. journal*, juillet.)

Testicule. — Étude comparative sur le cancer et le sarcome, par Henry Trentham Butlin. (*The Lancet*, vol. II, p. 380, 1880.) — Étude sur les affections syphilitique du testicule, par E. Tédenat. (*Montp. médical*, novembre.) — Lymphadénome du testicule, par Maunoury. (*Soc. anat.*, 17 juin.) — Sarcome mou du testicule, castration, par Meunier. (*Soc. anat.*, 8 juillet.) — Un cas de sarcome à cellules rondes du testicule chez un monorchide; extirpation; guérison, par Wendt. (*New York med. journal*, juin.)

Tétanos. — Un cas de tétanos traumatique aigu traité avec succès, par l'extrait de fève de Calabar et le chloral (début des accidents treize jours après une coupure aux doigts; pas de spasmes pharyngiens; la température n'a jamais dépassé 39°; guérison complète au bout de trois semaines), par Anderson. (*Lancet*, 13 août.) — Note sur un cas de tétanos traumatique. (Invasion des accidents le septième jour, après une plaie contuse des doigts; chloral à haute dose, jusqu'à 25 grammes par jour; mort le huitième jour), par Thomas Simpson. (*Lancet*, 27 août.) — Un cas de tétanos traumatique à marche chronique (traité par le chloral et le bromure de potassium; guérison), par Rough. (*Lancet*, 15 octobre.) — Tétanos traumatique. Guérison par les inhalations prolongées de chloroforme, obs. de A. Gray. (*Lancet*, vol. II. p. 171. 1880.) — Tétanos traumatique guéri par l'emploi des opiacés et par le repos absolu, par Sacerdoti. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, n° 37, p. 305.) — Tétanos traumatique, mort au 31e jour, par James More. (*Lancet*, vol. II, p. 652, 1880.) — Du traitement du tétanos par le chloral, par J. T. Faulkner. (*Med. Times*, 10 décembre.)

Thérapeutique. — Médecine vieille et médecine nouvelle. Introduction aux cours de thérapeutique, par M. Semmola, traduction de L. Girerd. (*Paris.*) — Bougies médicamenteuses et suppositoires creux au beurre de cacao, par Sauter (à Genève). (*Correspondenz Blatt für schweizer Aerzte*, 15 novembre.) — Médicaments comprimés sous forme de tablettes, par Sauter (de Genève.) *Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 22, p. 720.) Des préparations salicylées, par Pennato. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, avril.) — De l'action thérapeutique de la chinoline, par Jaksch. (*Prager. med. Woch.*, n°s 24 et 25.) — Rapport sur l'emploi du quebracho dans la dyspnée, par Andrew Smith. (*New York med. journal*, septembre.)

Thyroïde. — Un cas de goitre exophtalmique; guérison par l'électricité, par Rockwell. (*New York med. journal*, juin.) — Trois extirpations de goitre, par Mosetig-Moorhof. (*Wien. med. Woch.*, n° 35.) — Sarcome du corps thyroïde et des ganglions cervicaux, par Mathieu. (*Progrès médical*, 10 décembre.) — De l'exophtalmos unilatéral, et de la valeur du signe décrit par de Græfe comme caractéristique du goitre exophtalmique, par E. Fitzgerald. (*Brit. med. jour.*, p. 982, décembre.)

Trachée. — Un cas de mycosis de la trachée (Eurotium aspergillus), par Herterich. (*Aertzl. Intelligenz-blatt*, 1880, n° 43.)

Transfusion. — Transfusion dans les cas d'entérorrhagie typhoïde, par MAHOMED. (*Lancet*, 3 décembre.) — Mort imminente par hémorragie. Guérison par transfusion artérielle d'une solution alcalinisée de chlorure de sodium, par J.-J. BISCHOFF. (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 23, 1er décembre.) — Avortement, rétention du placenta, hémorragies abondantes, transfusion du sang, mort, par RAMBAUD. (*Soc. anat.*, 27 mai.)

Trépan. — Quelques observations propres à élucider certains points relatifs aux localisations cérébrales, et à démontrer les avantages de la trépanation antiseptique, par WILLIAM MACEWEN. (*Lancet*, 24 septembre.)

Trichine. — Rapport sur la trichine et la trichinose, par C.-W. GLAZIER. (*Med. Times and Gaz.*, 28 mai.)—Sur de petits helminthes enkystés dans les tissus des animaux, qui peuvent être confondus avec la trichine, par P. MÉGNIN. (*Revue d'hygiène*, novembre.)

Tuberculose. — De la phtisie envisagée comme une maladie infectieuse (quelques faits de tuberculose paraissant d'origine contagieuse; peu probants), par ALEXANDRE MAC-ALDORVIE. (*Lancet*, 12 nov.) — Contribution à l'étude de la transmission de la tuberculose et infection par les jus de viande chauffée (expériences sur des porcs et des lapins) Note de H. TOUSSAINT. (*Acad. des sciences*, 1er août.) — Infection tuberculeuse par les liquides de sécrétion et la sériosité de vaccin. Note de H. TOUSSAINT. (*Acad. des sciences*, 8 août. — Deux cas de tuberculose miliaire aiguë simulant la pneumonie croupale, par HAGER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40.) — De la fréquence du pouls et de la respiration chez les tuberculeux, par BRACH. (*Heschl's med. Jahrb.*, Heft I, p. 101). — De la tuberculose chez le vieillard, par WEIL. (*Thèse de Nancy*, n° 121.) — Diagnostic de la tuberculose miliaire aiguë, par HEITLER. (*Wien. med. Woch.*, n° 20.) — De la dyspnée et des troubles cardiaques, d'origine réflexe, chez les tuberculeux, par MORA. (*Thèse de Paris*, n° 48.) — Cas de tuberculose buccale, par EICHHOFF. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 30.) — Tuberculose des trompes; péritonite consécutive, par CAYLA. (*Soc. anat.*, 6 mai). — Tuberculose pulmonaire aiguë à forme typhoïde et asphyxique avec tuberculose rénale et pleurésie diaphragmatique, par LEGENDRE. (*Soc. anat.*, 6 mai.) — De la tuberculose à propos d'un cas de guérison datant de 6 ans, par RIVET. (*Union médicale*, 22 décembre.) — Affection tuberculeuse des os et des parties molles du membre inférieur, par HEINZEL. (*Berlin. klin. Wochens.*, 19 décembre.) — Revue générale sur les travaux relatifs à la tuberculose parus de 1879 à 1881, par V. BRIGIDI et A. BIANCHI. (*Lo Sperimentale*, juin, p. 629.)

Typhoïde (Fièvre). — Prophylaxie de la fièvre typhoïde, par G.-A. DAVEY. (*Brit. med journ.*, p. 509, sept.) — Notes sur l'origine et la diffusion de la fièvre typhoïde et de la diphterie,, par WILLIAM STRANGE. (*Brit. med. journ.*, p. 507, sept.) — De quelques complications et résultats rares de la fièvre typhoïde, par J.-M. DA COSTA. (*Boston med. and surg. journ.*, 15 décembre.) — Des formes mixtes du typhus, par F. J. PASTERNANTSKII. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 3, p. 323.) — De la combinaison du typhus recurrens et du scorbut, par H.-F. BORKSENIUS. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 2, p. 211.) — Formes mixtes de typhus observées dans l'épidémie de Saint-Pétersbourg en 1880, par LEBEDER. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratchei*, fasc. 2, p. 175.) — Deux observations de fièvre typhoïde terminée par la mort; influence de la scarlatine antérieure sur la fièvre typhoïde; traitement de Brand dans les formes exceptionnellement infectieuses de la dothiénentérie, par BARD (discussion). (*Lyon méd.*, 13 nov.) — Abcès du foie consécutif à la fièvre typhoïde, par BOKAI, jun.

(*Pester med. chir. Presse*, n° 20.) — Des érythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde, par R. Reynaud. (*Thèse de Paris*, n° 439.) — Des abcès multiples survenant dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par Dupont. (*Thèse de Nancy*, n° 125.) — Mort subite dans une fièvre typhoïde, par asphyxie, et non par syncope. Autopsie négative, par Hayden. (*Dublin journ. of medic. sc.*, p. 451, nov.) — Fièvre typhoïde compliquée de diphtérie, trachéotomie; mort, par Roberts et Mott. (*Brit. med. journ.*, p. 161, juillet.) — Fièvre typhoïde traitée par la salicine, par James W. Allan. (*Brit. med. journ.*, p. 966, juin.) — De l'emploi de l'encalyptus dans la fièvre typhoïde, par Benjamin Bell. (*Edinb. med. journ.*, p. 149, août.) — Traitement de la fièvre typhoïde par le salicylate de soude, par Caussidon. (*Congrès d'Alger, Revue de thérap.*, mai.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par Wernich. (*Deutsche med. Woch n°* 27.)

U

Urée. — Détermination quantitative de l'urée par les hypobromites et les hypochlorites alcalins, par G. Wormley. (*Amer. journ. of the med. Sc.*, juillet, p. 128.) — Sur la diminution de l'urée dans l'atrophie musculaire progressive, par H. Pèlegrin. (*Thèse de Paris*, n° 374.)

Urémie. — Un cas d'urémie convulsive traité par les bains de vapeur et le choral, guérison, par Kelly. (*Lancet*, 19 novembre.) — Vomissements urémiques sans anurie dans un cas de myélite goutteuse; pas d'autopsie, par A. Dumas. (*Monpellier méd.*, juillet.)

Urètre. — Du traitement du rétrécissement de l'urètre d'après la méthode d'Otis, par G.-W. Gay. (*Boston med. and surg. journ.*, 7 juillet.) — Un remarquable cas de déchirure de l'urètre à la la suite d'une dilatation; guérison après quatorze opérations, par Andrew Currier. (*New York med. Journal*, août.) — Rétrécissement traumatique de l'urètre; urétrotomie externe par le procédé de Weelhouse; guérison, par Marshall. (*Lancet*, 17 décembre.) — Des lacunes de Morgagny dans l'urètre, par Berfield. (*Wien. med. Woch.*, n° 31.) — Nouvelle méthode de dilatation progressive de l'urètre, par Castellana. (*Giorn. intern. del. scien. med.*, fasc. 1, p. 217.) — Rétrécissement de l'urètre chez une femme de 28 ans, par Desprès. (*Gaz. des hôpit.*, n° 135.) — Des déchirures du canal urinaire et de leur traitement, par Oberst. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 210.) — Cas de lacération de la verge avec rupture de l'urètre et infiltration d'urine, par Pilone. (*Lo Sperimentale*, octobre, p. 380.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre chez l'homme, par J.-D. Bryant. (*Arch. of med. New-York*, vol. VI, n° 2, p. 164.) — Rétrécissements de l'urètre; méthode de Holt, statistique, par Heat, Teevan, R. Harrisson et Macnamara. (*The Lancet*, vol. II, p. 516, 555, 596, 1880.) — Pince pour l'extraction de petits corps étrangers de l'urètre, par Fischer. (*Wien. med. Woch.*, n° 34.)

Urine. — De la présence des microorganismes dans l'urine fraîche, par William Roberts. (*Brit. med. journ.*, p. 623, octobre.) — Sur la nature du précipité produit par l'alcool dans l'urine normale, par Fiori et Mya. (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, juillet.) — Des progrès de l'analyse des urines dans leurs rapports avec la clinique, par Lœbisch. (*Wien. med. Woch.*, n° 50.) — De la quantité moyenne d'urine excrétée dans les 24 heures: son importance au point de vue du diagnostic, par E. S. Wood. (*Boston med. and surg. journ.*, 13 janvier.) — Sur les urines dans les maladies du

cœur, par G. Dupré. (*Thèse de Paris*, n° 429.) — Des rapports entre l'acide phosphorique et l'azote éliminés par les urines. Contribution à l'étude de l'assimilation et de la désassimilation des principes azotés, par Edlefsen. (*Deut. Archiv für klin. Medicin*, Bd XXIX, Heft 5 et 6.) — De la rétention d'urine, par Zibelin-Trabant. (*Thèse de Lille*, 2e sér., n° 17.)

Urinaires (Voies). — De la communication de l'intestin avec les organes urinaires, par Dittel. (*Wien. med. Woch.*, n° 10.) — Des concrétions survenant dans les glandes muqueuses des voies urinaires, par Belfield. (*Wien. med. Woch.*, n° 25.)

Utérus. — Réparations micrographiques pour faire voir les caractères histologiques de la membrane muqueuse de l'utérus dans l'endométrite du corps de cet organe, par Galabin. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 47.) — Anatomie et pathologie des ligaments larges, par H. Lallemant. (*Thèse de Paris*, n° 451.) — Endométrite aiguë du corps de l'utérus, par Vedeler. (*Norsk. Magaz. for Lägevidsk*, III R., IIe Bd., 3e Heft, p. 177.)— Tumeur gommeuse de l'utérus, par Afanasiev. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratcheï*, fasc. 2, p. 183.) — Préparations micrographiques des parois de l'utérus, dans un cas de pyométrie, chez une femme âgée de 70 ans, par Galabin. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 239.) — Anatomie pathologique des érosions du col de l'utérus; préparations micrographiques faisant voir deux formes entièrement différentes, par Galabin. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 157.) — Hypertrophie folliculeuse de l'utérus, par Hermann. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 270.) — Des opérations chirurgicales inutiles dans le traitement des maladies des femmes, par Clifton E. Wing (*Boston med. and surg. journ.*, 28 avril.) — Les limites du col et du corps de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par Saenger. (*Deutche med. Woch.*, n° 31.) — Notes additionnelles sur le traitement systématique de la prostration nerveuse et de l'hystérie liée à une affection chronique de l'utérus, par Playfair. (*Lancet*, 10 décembre.) — Des indications et contre-indications de l'opération d'Emmet pour la déchirure du col, par Carroll Lee. (*New York med. Journal*, septembre.) — De l'atrophie de l'utérus à la suite de couches, par Frommel. (*Berliner klin. Wochens.*, 21 novembre.) — D'un nouveau mode d'emploi de substances dilatatives du col utérin, afin de prévenir l'infection, par Kocks. (*Berliner klin. Wochen.*, 5 décembre.) — De l'opération d'Emmet dans les déchirures du col utérin, par Arning. (*Wien. med. Woch.*, n° 32.) — De l'utilité des tampons glycérinés dans le traitement des déviations utérines, par Robert Bell. (*Edinb. med. journ.*, p. 28, juillet.)— Traitement du catarrhe de l'utérus, par Chrobak. (*Wien. med. Woch.*, n° 15.) — De l'emploi des courants continus dans les hémorragies utérines, par Dubrueil. (*Gaz. méd. Montp.*, n° 46.) — Contribution à l'étude du chancre non infectant du col de l'utérus (variété diphtéroïde) par de Molenes. (Deux observations personnelles.) (*Annales de dermat*, avril.)— Sur la rétroflexion de l'utérus, par Otto Alberts. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 novembre.) — Antéversion de l'utérus gravide à terme, par Boyle Runnalls. (*Brit. med. journ.*, p 777, novembre.)—Soixante-sept cas de flexions ou de déplacements utérins, observés pendant 7 ans, à l'institution « All Saints », par Hewitt. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 173 et 188.) — De la rétroversion utérine à l'état de vacuité, son traitement mécanique, par Couetoux. (*Thèse de Paris*, 28 décembre.) — Du traitement de l'inversion utérine chronique, par Audigé. (*Thèse de Paris*, n° 448.) — Inversion de l'utérus; menaces de mort par choc traumatique et par hémorragie; faradisation ; guérison, par Bakewell. (*The Lancet*, 15 octobre.) — De la rétroflexion dans ses rap-

ports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement, par A. Dubois. (*Thèse de Paris*, n° 433.) — Rétroflexion de l'utérus chez les femmes qui allaitent, par Vedeler. (*Norsk. Mag. for Lägevidsk*, III R., 11 Bd, 9e Hft, p. 669.) — Remarques sur le traitement mécanique des déplacements et des flexions de l utérus, par Sinclair Coghill. (*Brit. med. journ.*, p. 387, septembre.) — Kyste fibreux de l'utérus, par Chambers. (*London obstetrical Transactions*, vol. 22, p. 159 et 187.) — Coïncidence rare de deux tumeurs fibreuses du corps de l'utérus et d'un cancer végétant du col, par Nicaise. (*Gaz. des hôpit.*, n° 128.) — Extirpation d'excroissances fibreuses du fond de l'utérus. Guérison, par Godson. (*London Obstetrical Transactions*, vol. 22, p. III.) — Tumeur fibreuse de la paroi postérieure de l'utérus compliquant l'accouchement; délivrance au moyen du forceps, par William Sang. (*Edinb med. journ.* p. 38, juillet.) — Le traitement des fibromes utérins, d'après des recherches personnelles, par Roehrig. (*Archiv für path. Anat.*, t. 83.) — Note sur la thérapeutique des polypes fibreux de l'utérus, par A. Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 45.) — Des fibromes utérins sous-péritonéaux, par T. Gaillard Thomas. (*Boston med. and surg. Jour.*, 12 mai.) — De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux à large pédicule, par Bronkillo. (*Thèse de Paris*, n° 397.) — De l'énucléation des fibromes sous-péritonéaux par le vagin (myomotomie vaginale), par Czerny. (*Wien. med. Woch.*, n° 18.) — Méthodes opératoires applicables à l'ablation des polypes de l'utérus. Procédé d'excision à l'aide du constricteur ou serre-nœud, par Guéniot. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. X, n° 42.) — Polype utérin volumineux, par Bantock. (*London obstetrical Transactions*, vol. XXII, p. 105.) — Fibromyome utérin intrapariétal de la grosseur d'une tête d'enfant et n'adhérant que par un tissu lâche aux fibres utérins, par Loehlein. (*Berliner klinische Woch.*, 21 novembre.) — Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des fibro-myomes du col utérin, par Grammatikati. (*Troudy Obchtchesva rousskikh Vratcheï*, fasc. 1, p. 15.) — Sur l'ablation des polypes utérins, par G. Comi. (*Gaz. med. ital. prov. venete*, 11 juin, p. 203.) — Du traitement du prolapsus utérin par les appareils contentifs, par Signoret. (*Thèse de Paris*, n° 391.) — Traitement opératoire du prolapsus de l'uterus et du vagin, par F. House. (*Amer. Journ. of med. sc.*, juillet, p. 39.) — Cancer du col utérin, par J.-B. Blake. (*Boston med. and surg. Jour.*, 14 avril.) — Du traitement opératoire du cancer utérin, par Fraipont. (*Annales de la Société de Liège*, juillet.) — Traitement de la rupture de l'utérus par le drainage, par Felsenreich. (*Wien. med. Woch.*, n° 20.) — Rupture de la trompe de Fallope, par Kinsgton Barton. (*London obstetrical Transactions*, vol. XXII, p. 2 et 82.)

V

Vaccine. — Rapport sur la vaccine présenté à la Société de médecine, par Arnould, Folet et Pilat. (*Bulletin méd. du Nord*, août, septembre.) — La génisse et la vache laitière comme sources de vaccin, par Carrier et Pourquier. (*Gaz. hebd., Montpellier*, n°s 46 et 48.) — De l'extinction de la variole par une loi obligatoire de vaccinacion et de revactination, par Girault. (In-8°, *Paris.*) — Remarques sur la vaccination animale, par Ern. Hart. (*Brit. med. journal*, novembre, p. 850.) — Remarques sur la

vaccination animale, par WARLOMONT. (*Brit. med. journal*, novembre, p. 767.) — Quelques observations à propos de la vaccination, par CHR. HANSTED. (*Ugeskr. for Läger.*, 29 octobre, n° 21, p. 309.) — Méthode simple de conservation de la vaccine animale, par REISSNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30). — Un cas de vaccine généralisée, par KALISCHER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38.) — De la revaccination, au point de vue de la loi sur la vaccine, par L. MEYER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42.)

Vagin. — Atrésie vaginale d'origine traumatique, par MANLIUS. (*Boston med. and surg. journal*, 24 mars.) — Sarcome primaire du vagin, extension à la vessie chez un enfant de deux ans et demi, par SOLTMANN. (*Jahr. f. Kinderh.*, mars.) — Fibrome de vagin, par HERMANN. (*London obstetrical transactions*, vol. 22, p. 14.) — Cul-de-sac anormal de la paroi vaginale postérieure, par KOCKS. (*Berliner klin. Woch.*, 5 décembre.)

Varice. — Sur le traitement des varices, par LEGENDRE. (*Thèse de Paris*, n° 398.) — Varices hypogastriques chez l'homme, par LAGRANGE. (*Progrès médical.*, 29 octobre.) — Des varices abdominales chez l'homme, par AUBRY. (*Thèse de Paris*, n° 440.)

Variole. — Compte rendu statistique de l'épidémie de variole de 1880 (en Norvège), par KLOUMANN. (*Norsk. Mag. for Laegevidsk.*, III R., Bd. 11, Heft 3, p. 149.) — Sur les relations de la variole et de la vaccine, par HODGSON. (*Brit. med. journal*, novembre, p. 852.) — Difficultés de l'isolement et du traitement de la variole et des fièvres à Londres, par J.-H. RUTHERGLEN. (*Sanitary record*, mai, p. 429.) — La variole aux États-Unis, par E. VALLIN. (*Revue d'hyg.*, décembre.) — Note sur une épidémie de variole, par FRASER NICOLSON. (*Lancet*, 27 août.) — De la variole chez l'homme et les animaux ; étude de pathologie comparative, par G. FLEMING. (*Londres.*) — De la désinfection des vêtements, objets de literie et locaux contaminés par le virus variolique, par RONDET. (*Annales d'hyg.*, novembre.) — Du rash variolique, par A. BOUTROUX. (*Thèse de Lille*, 2e sér., n° 20.) — De la variole dans les trois premiers trimestres de 1881, par BOERNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 49.)

Veine. — Des anastomoses des veines pulmonaires, bronchiques et médiastines, par ZUCKERKANDL. (In-8°, *Vienne.*) — Huit veines pulmonaires s'ouvrant dans l'oreillette gauche, par TOLINI BASSIANO. (*Annali un. di med. e chir.*) — Trois cas de plaie des grosses veines, par CORAZZA. (*Gaz. med. ital. prov. Venet.*, avril, nos 17 et 18.)

Vessie. — Études expérimentales sur les fonctions de la vessie, par MOSSO et PELLACANI. (*Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, mai.) — Des corps étrangers de la vessie, par ABNER POST. (*Boston med. and surg. journal*, 21 avril.) — Exstrophie vésicale opérée avec succès chez une fille de 16 ans ; mort ultérieure par pyélonéphrite, par SCHOENBORN. (*Berliner klin. Woch.*, 19 décembre,) — Exstrophie de la vessie chez un enfant de 9 ans ; ablation de la vessie ; guérison, par SONNENBERG. (*Berliner klin. Woch.*, 12 decembre.) — Des myomes de la vessie, par BELFIELD. (*Wiener med. Woch.*, n° 12.) — Tumeur maligne de la vessie, par THOMSON. (*Dublin journ. of med. sc.*, septembre, p. 263.) — Épingle introduite dans la vessie d'une femme, et extraite au bout de 15 mois, par MARCACCI. (*Lo Sperimentale*, mars, p. 257.) — Un cas de rupture de la vessie, par CALL. (*Lancet*, 10 décembre.) — Observations sur la fonction de la vessie et sur le nouveau procédé opératoire de Meola, par MORELLI. (*Il Morgagni*, mai, p. 325.)

— De l'emploi du sorgho dans la cystite, par P. Garnett. (*Amer. journal of the med. sc.*, juillet, p. 164.)

Vision. — Sur l'éclairage électrique au point de vue de l'hygiène de la vue, par Javal. (*Revue d'hyg.*, novembre.) — Des phénomènes de la vision binoculaire et de la palpation double, par Oughton. (*The Lancet*, 22 octobre.)

Vitré (Corps). — Contribution à l'étude de l'électrothérapie sur les opacités du corps vitré, par Giraud-Teulon. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. X, n° 42.)

Vulve. — Carcinome vulvaire chez une femme de 69 ans opérée d'un cancer de l'urètre, par J. Hofmeier. (*Berliner klin. Woch.*, 5 décembre.)

LISTE DES OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DE LA REVUE

du 15 janvier au 15 avril 1882.

Librairie de **G. Masson**, libraire de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de médecine.

Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques, par M. le Dr G. Hayem, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par M. L. Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-8° de 540 pages, avec 43 figures et 1 planche. — Prix : 12 francs.

Guide pratique d'électrothérapie, rédigé d'après les travaux et les leçons du Dr Onimus, lauréat de l'Institut, par le Dr E. Bonnefoy ; 2e édition, revue et augmentée par le Dr Onimus, 1 vol. in-18 de la collection diamant, avec 95 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, tranche rouge. — Prix : 6 francs.

De la syphilis du testicule, par le Dr Paul Reclus, chirurgien des hôpitaux, 1 vol. grand in-8° de 252 pages, avec 6 planches, dont 4 en couleur. — Prix : 8 francs.

L'attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression, par M. le Dr Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine, en retraite, 1 vol. in-8° de 260 pages. — Prix : 5 francs.

Ostéotomie avec recherches sur l'étiologie et la pathologie du genu valgum, du genu varum et des autres difformités osseuses des membres inférieurs, par M. William Macewen, professeur de clinique à Glasgow. Traduit par M. Albert Demons, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, 1 vol. in-8° de 188 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 5 francs.

Étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse, par le Dr Duboué (de Pau), membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris, 1 vol. in-8° de 219 pages. — Prix : 4 francs.

Nouveau formulaire de poche, d'après les formules les plus généralement employées dans les services de clinique des médecins et des professeurs viennois, recueillies et publiées par le Dr Carl Czuberka. Traduit sur la 6e édition allemande par M. A. Oberlin, 1 vol. in-18 cartonné. — Prix : 5 francs.

Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie, par M. le Dr Picot, professeur à la Faculté de Bordeaux, 1 vol. in-8° de 154 pages. — Prix : 3 francs.

Librairie **Adrien Delahaye** et **Émile Lecrosnier**, éditeurs, place de l'École-de-Médecine.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par H. Leloir, 1 vol. in-8° de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. Paris, 1882.

Hygiène professionnelle : le compositeur typographe, par le Dr Choquet, 1 vol. in-8°. — Prix : 1 franc.

Le congrès international d'hygiène de Turin, du 5 au 12 septembre 1880 par le Dr Paul Fabre, in-8°. — Prix : 1 franc.

Maladie cérébro-gastrique, par le Dr Leven, in-8°. — Prix : 50 centimes.

Étude sur le choléra indien, par le Dr Audhoui, médecin des hôpitaux, etc. — Prix : 1 franc.

De la croissance et de ses rapports avec les maladies aiguës fébriles de l'enfance et de l'adolescence, par le Dr Auboyer, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs.

Des cirrhoses mixtes, par le Dr Guiter, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision, avec les précautions antiseptiques, par le Dr Labadie, 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la méthode de Sayre (auto-suspension et corset plâtré), par le Dr Coulomb, 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte et une planche. — Prix : 3 fr. 50.

Étude sur l'hydropisie de l'amnios, par le Dr Delassus, 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50.

Étude sur les myélites syphilitiques, par le Dr Savarel, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Du cancer de la vessie, par le Dr Feré, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1880, par MM. Bournéville, médeci nde Bicêtre, et H. Olier, interne de service, etc., 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs.

De l'écriture en miroir, étude sur l'écriture de la main gauche dans ses rapports avec l'aphasie, par le Dr Durand, in-8°. — Prix : 1 franc.

De l'empyème pulsatile, par le Dr Comby, in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Étude sur le sycosis, par le Dr Catois, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Étude sur les souffles du rétrécissement et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire, par le Dr G. Vimont, 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs.

Le congrès international d'hygiène de Turin, du 5 au 12 septembre 1880, par le Dr Paul Fabre, in-8°. — Prix : 1 franc.

Notes de clinique médicale, par le Dr Henrot, 8e année, in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Notions générales sur la diathèse congestive (diathèse arthritique), par le Dr H. Sénac, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Prix net : 2 francs.

Traitement et curabilité de la phtisie pulmonaire par l'électricité, par le Dr Alavoine, in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Étude sur la syphilis pulmonaire, par le Dr Carlier, 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs.

Étude sur la pathogénie des ascites chyliformes, par le Dr Veil, 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50.

De la lithotritie rapide, par le Dr Reliquet, lauréat de l'Institut, ancien interne des hôpitaux, etc., in-8°, avec 28 figures intercalées dans le texte. — Prix : 1 fr. 50.

Traité du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac, par le Dr Audhoui, médecin des hôpitaux, etc., 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs.

Librairie **Asselin et Cie**, place de l'École-de-Médecine.

La technique de la palpation et de la percussion, par le Dr Ch. Lasègue, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, etc., et le Dr J. Grancher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, une brochure in-8° avec figures. — Prix : 1 fr. 50.

Le progrès en médecine par l'expérimentation. Leçons de pathologie com-

parée faites au Muséum d'histoire naturelle (1880-1881), par H. Bouley, membre de l'Institut, 1 vol. in-8° de 700 pages. — Prix : 12 francs.

Chirurgie de la main, par le Dr Albert Blum, 1 vol. in-8°, illustré de 84 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs.

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par le Dr P. Tillaux, 3e édition, revue, corrigée et augmentée, avec 270 figures tirées en noir et en couleur intercalées dans le texte, 1 vol. grand in-8° broché. — Prix : 25 francs.

Librairie **O. Doin**, 8, place de l'Odéon.

Études cliniques sur le traitement des bubons vénériens, compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques, par le Dr E. Gavoy, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires, 1 vol. in-8° de 90 pages. — Prix : 3 francs.

Étude clinique sur les tumeurs des os du crâne et sur l'ostéosarcome en particulier, par le Dr Havage, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8° de 125 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Du climat de Nice et de ses indications et contre-indications en général, par le Dr Baréty, 1 vol. in-8° de 128 pages, avec le plan topographique du bassin de Nice. — Prix : 3 francs.

De l'épithélioma primitif de la rate. Hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie, par le Dr Ernest Gaucher, ancien lauréat des hôpitaux de Paris, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine, membre de la Société clinique de Paris, in-8° de 30 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le Dr Dujardin-Baumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, recueillies par le Dr Carpentier-Méricourt, revues par l'auteur. 2e série, fascicule II : *Traitement des maladies du poumon*, 1 vol. in-8° de 350 pages, avec figures dans le texte et 2 planches chromolithographiques hors texte. — Prix : 7 francs.

Manuel d'histoire naturelle médicale (botanique et zoologie), par J.-L. de Lanessan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 3 vol. in-18, formant 2,300 pages et contenant 1,700 figures dans le texte. Ouvrage terminé. — Prix : 26 francs.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le Dr Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Tome II, contenant les *maladies du cœur, rhumatisme, chorée, oreillons, coqueluche, rougeole, varicelle, scarlatine* et *fièvre typhoïde*, 1 vol. grand in-8° de 570 pages, avec 100 figures dans le texte. — Prix : 13 francs.

Leçons de clinique médicale (maladies de la gorge et de l'estomac), professées à l'École de médecine d'Angers, par E. Briand, professeur suppléant à l'École de médecine, etc., etc., recueillies par M. Thibault, interne à l'Hôtel-Dieu, et revues par l'auteur, 1 vol. in-8° de 157 pages. — Prix : 4 francs.

Atlas des maladies des voies urinaires, par Félix Guyon, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker, et P. Bazy, ancien interne des hôpitaux et de l'hôpital Necker, etc., etc. 2e livraison, petit in-4°, contenant 10 planches chromolithographiques dessinées d'après nature et représentant les différentes affections des voies urinaires de grandeur naturelle. — Prix de la livraison : 12 fr. 50. — L'ouvrage sera complet en 10 livraisons.

De la méthode graphique dans le diagnostic des lésions organiques du cœur gauche, par le Dr Labatut, 1 vol. in-8°, avec 7 planches. — Prix : 3 francs.

REVUE DES SCIENCES MÉDICALES.

De l'épithélium calcifié des glandes sébacées, par le Dr Chenantais, ancien interne des hôpitaux de Nantes, 1 vol. in-8° de 102 pages, avec 4 planches chromolithographiques. — Prix : 4 francs.

De l'obstétrique en Italie. Compte rendu adressé à S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique, par le Dr Gabriel Millot, chargé par le gouvernement d'une mission scientifique, membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, de la Société médico-physique de Florence, de la Société des sciences médicales de Lisbonne, etc., etc., grand in-8° de 502 pages, avec un tableau statistique. — Prix : 12 francs.

Étude clinique de la syphilis du cerveau, cas graves, curabilité, par le Dr Bernheim, 1 vol. in-8° de 88 pages. — Prix : 3 francs.

Du suicide dans l'armée, étude statistique, étiologique et prophylactique, par le Dr Mesnier, 1 vol. in-8° de 123 pages. — Prix : 3 fr. 80.

Expériences avec le cranioclaste de Carl Braun (de Vienne) dans les bassins très rétrécis avec le même instrument, par le Dr Narich, 1 vol. in-8° de 90 pages, avec 1 planches. — Prix : 3 francs.

Des kystes de ligaments larges, par le Dr Castaneda y Triana, 1 vol. in-8° de 94 pages. — Prix : 3 francs.

De l'expectation en médecine et en chirurgie, par le Dr Sorbet, 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs.

Bibliothèque biologique internationale, publiée sous la direction de M. J.-L. de Lanessan, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine, député de Paris.

I. *Le protoplasma considéré comme base de la vie des animaux et des végétaux*, par Hanstein, traduit de l'allemand, 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs.

II. *Les ferments digestifs, la préparation et l'emploi des aliments artificiellement digérés*, par William Roberts, traduit de l'anglais, 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs.

Galvanocaustique et électrolyse. Partie chirurgicale de la galvanisation. Quelques applications nouvelles, par le Dr Tripier, in-8°. — Prix : 1 franc.

Librairie **Germer Baillière et Cie**, 108, boulevard Saint-Germain.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1882, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1881, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur la préservation des maladies contagieuses, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et par J. Bouchardat, médecin-major, 12e année 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50.

Physiologie des muscles et des nerfs, leçons professées à la Faculté de médecine de Paris en 1881, par Charles Richet, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 fort vol. in-8°. — Prix : 15 francs.

Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs, par E. Wiet, docteur en médecine, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs.

Librairie **J.-B. Baillière et fils**, 19, rue Hautefeuille.

Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique comprenant : la législation ; l'état civil et les questions qui s'y rattachent, etc., par F. Dubrac, président du tribunal civil de Barbezieux, 1 vol. in-8° de 800 pages. — Prix : 12 francs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Précis de petite chirurgie et de chirurgie d'urgence, par le Dr A. Bergeron, 1 vol. in-18 jésus de 436 pages, avec 374 figures. — Prix : 5 francs.

Manuel de vivisections, par le Dr Charles Livon, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine et de pharmacie de Marseille, 1 vol. in-8° de 344 pages, avec 119 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs.

Iconographie photographique des maladies de la peau, par G.-H. Fox, professeur de clinique dermatologique au Starling Medical College, Columbus. En vente, livraison I, avec 24 planches photographiées et coloriées. — Prix : 20 francs.

L'ouvrage formera 6 livraisons et comprendra 118 planches avec texte descriptif. — Prix de chaque livraison : 20 francs.

Du traitement des fractures des membres, nouvelle méthode dispensant du séjour au lit et permettant le transport immédiat, sans douleur, du blessé, *au moyen de nouveaux appareils en zinc laminé*, par V. Raoult-Deslongchamps, médecin principal de 1re classe à l'École de cavalerie de Saumur, 1 vol. in-8° de 440 pages, avec figures. — Prix : 6 francs.

Librairie **Churchill**, Londres.

On the morbid conditions of the urine dependant upon derangements of digestion, par C.-H. Ralfe, 1 vol. in-8°.

Librairie **Baillière, Tindall et C°**, Londres.

On the endemic hæmaturia of hot climates caused by the presence of bilharzia hæmatobia, par Guillemard.

Librairie **Rechiedei**, Milan.

Rammolimento infiammatorio del lobo temporo-sfenoidale sinistro.

Della formazione del callo osseo esterno nelle fratture semplici delle ossa lunghe sulla chiluria.

Le emorragie puntiformi dell' encefalo ed il rammolimento, per Dott. Giuseppe Cattani.

Librairie **Morselli**, Turin.

La riproduzione delle percezioni di movimento nello spazio vivo ricerche di psicologia sperimentale, del Dott. Gab. Buccola.

Librairie **Gamberini** et **Parmeggiani**, Bologne.

Sull' azione distruttrice delle cellule epatiche sui globuli rossi del sangue, memoria del Dott. V. Colucci.

Librairie **Cecchini**, Rome.

Resoconto e cenni statistici del pio istituto di S. Spiritoin Sassia per il triennio 1877-1879 *e confronti cogli anni precedenti.*

Librairie **Verardo**, Gênes.

Studi e questioni di morfologia e genesi cellulare ed istogenesi del sarcoma giganto cellulare, per Dr Luigi AGENO.

Librairie **Bargellini**, Sienne.

Lo sviluppo e le varieta dell' osso occipitale nell' uomo, memoria del Dott. G. ROMITI, in-4°.

Librairie de **La Renaixença**, Barcelone.

Contribuccion al estudio de la termo-traqueotomia en el adulto, por el Dr F. DE SOJO Y BATLLE.

Librairie **Weber**, Leipsig.

Die nervosität, par MOBIUS.

LE GÉRANT : G. MASSON.

Société d'imprimerie et librairie PAUL DUPONT, Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 2.1.82.

3 and
9.06+